BOSTON MEDICAL
NOV 12 1963
LIBRARY

VOL. XV. ENERO-FEBRERO-MARZO, 1949. NUM. 1.

CIRUGIA ORTOPEDICA
Y
TRAUMATOLOGIA

ORGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA
LA HABANA, CUBA

REVISTA TRIMESTRAL

DIRECTOR FUNDADOR:
PROF. DR. ALBERTO INCLAN

COMITE EDITORIAL

PROF. PEDRO SANCHEZ TOLEDO
DR. JOSE PEREZ LORIE
DR. ALBERTO INCLAN, JR.
DR. GUILLERMO BARRIENTOS
DR. GUSTAVO BESTARD
DR. JOSE I. TARAFA
DR. LUIS IGLESIAS
DR. JULIO MARTINEZ PAEZ
DR. ALFREDO G. MENDOZA
DR. LUIS ALVARGONZALEZ

SECRETARIO DE REDACCIÓN:
DR. ALBERTO BARBA INCLAN

JEFE DE CIRCULACIÓN:
SR. MARIO MESA

DIRECCIÓN POSTAL: APARTADO 1928 — LA HABANA, CUBA
REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN: CALLE 21 Nº 456, ENTRE E Y F, VEDADO
Suscripción anual: $3.00 Extranjero: $4.00 Número suelto: $1.50

Inscripta como correspondencia de segunda clase en la Administración de Correos de La Habana.

HAGA *Gárgaras a menudo con Listerine*

¡Nunca descuide un resfriado! Por simple que parezca, lleva siempre en sus garras el peligro de una gripe, una pulmonía, una mastoiditis o infección de las cavidades faciales—y hasta la tuberculosis.

¡Protéjase! A la primera señal de un resfriado o dolor de garganta, haga gárgaras con el Antiséptico Listerine sin diluir. Así se destruyen hasta el 99 por ciento de los microbios en la boca y garganta. Es tan eficaz que aún cuatro horas después de usarlo pudo notarse una reducción de 64 por ciento en el número de microbios. No en vano es el Antiséptico Listerine el preferido para atajar resfriados y evitar males más graves.

Cómprese un frasco hoy mismo y haga gárgaras mañana y noche, no sólo para combatir resfriados, sino para evitar contraerlos.

•

Pruebe la Crema Dentífrica Listerine. Verá qué brillo da a sus dientes en pocos días.

•

ANTISEPTICO LISTERINE

No trate Ud. mismo de curarse un mal grave — consulte con su médico inmediatamente.

RADICUSAN

APOTEX

YODURO DE TETRAMETIL AMONIO ASOCIADO
AL CLORHIDRATO DE TIAMINA INYECTABLE
INTRAMUSCULAR EN AMPULAS DE 2 CC.

NEURALGIAS Y NEURITIS EN GENERAL, ESTADOS CONTRACTUALES DEL MUSCULO ESTRIADO, MANIFESTACIONES ESPASTICAS LIGADAS A TRATORNOS DEL ISTEMA EXTRAPIRAMIDAL

LABORATORIOS FARMACOBIOLOGICOS
APOTEX, S. A.

ANIMAS 661 HABANA TELF. A-2659

"Calcio - Scorbimor"

(GLUCONO-ASCORBATO DE CALCIO ESTABILIZADO)

Unica combinación netamente cubana ampliamente experimentada en los hospitales, que reune en la misma ámpula el gluconato de calcio y la vitamina C cálcica o ascorbato de calcio. *"Antihistamínico* CALCIO SCORBIMOR" es empleado en todos los casos en que el médico requiera las asociaciones de ambos medicamentos.

Ampula de 3 cc. Intramuscular	Acido ascórbico (como ascorbato cálcico)	500 mg.
	Gluconato de calcio	0.30 Gm.
	Agua destilada, c.s.p.	3 cc.
Ampula de 5 cc. Endovenosa	Acido ascórbico (como ascorbato cálcico)	100 mg.
	Gluconato de calcio	0.50 Gm.
	Agua destilada, c.s.p.	5 cc.
Ampula de 10 cc. Endovenosa, 500 mg.	Acido ascórbico (como ascorbato cálcico)	100 mg.
	Gluconato de calcio	0.50 Gm.
	Agua destilada, c.s.p.	10 cc.

NOTA: Las ámpulas de 3 y 5 cc. pueden emplearse indistintamente por ambas vías, endovenosa o intramuscular.

Muestras y literatura a solicitud de los señores Médicos

◆

CLAIMOR, S. A. - LABORATORIOS

MIEMBRO DE LA ASS. DE LABORATORIOS CUBANOS

JOVELLAR 253 LA HABANA

BIONODAL

FÓRMULA: "I"

50

Azufre coloidal	0.0005 gr.
Cloruro de Tiamina	0.050 gr.
Agua destilada c. s. h.	2 c.c.

FÓRMULA: "II"

100

Azufre coloidal	0.0005 gr.
Cloruro de Tiamina	0.100 gr.
Agua destilada c. s. h.	2 c.c.

ANTIRREUMATICO, ANTINEURITICO Y ANTINEURALGICO

ARTRITIS Y PERIARTRITIS REUMATICAS, BURSITIS, CELULITIS, NEURALGIAS FACIALES, BRAQUIALES, INTERCOSTALES, LUMBAGO, CIATICA

POLINEURITIS LIGADAS A DISTINTOS PROCESOS: EMBARAZO, DIABETES, SIFILIS, INTOXICACIONES DIVERSAS

CIERTAS AFECCIONES CUTANEAS: ESTADOS SEBORREICOS, ACNE, DERMATOMICOSIS

UN AMPULA DIARIA O EN DIAS ALTERNOS

PRESENTACION:

I: Caja de 6 ámpulas de 2 c.c., conteniendo 50 miligramos de Tiamina por ámpula.

II: Caja de 6 ámpulas de 2 c.c., conteniendo 100 miligramos de Tiamina por ámpula.

Preparado por los Laboratorios

INSTITUTO BIO-QUIMICO DE CUBA, S. A.

SAN LAZARO NUM. 659 HABANA, CUBA

Miembro de la Asociación de Laboratorios Cubanos

CALZADO
Amadeo

ESPECIALIDAD EN CALZADO
ORTOPEDICO A LA MEDIDA

EXCLUSIVAMENTE POR PRESCRIPCION
FACULTATIVA

Padre Varela Nº 553
entre Pocito y Jesús Peregrino

TELF. A-6562
HABANA

LA TRICALCINE

EL RECALCIFICANTE CLASICO

POLVO_GRANULADO_SELLOS_COMPRIMIDOS

CARIES DENTARIAS

TRASTORNOS DENTARIOS_DECALCIFICACION

LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIA, 21 Rue Chaptal, PARIS (IXe)

DECALIN

CALCIO COLOIDAL

ESTIMULANTE BIOLOGICO DE LA DIGESTION

COMPOSICION:

Morruato de Calcio Coloidal.....	1 c.c.
Vitamina D.....	500 U.I.

INDICACIONES:

Todas las correspondientes a la calcioterapia. Raquitismo Infantil. Falta de desarrollo y pobre calcificación. Acción específica en los estados tuberculosos y llamados pretuberculosos. Embarazo. Lactancia.

MODO DE EMPLEARLO:

De uno a dos c.c. por vía intramuscular diaria o alterna, según la indicación del médico.

PRESENTACION:

Cajas de 10 ámpulas de 1 c.c.
Bulbos de 10 c.c.
Estuches de 1 ámpula de 1 c.c.

GLUCOSA - DIETETICA - LINNER
A base de Glucosa, Gluconato de Calcio y Vitamina D

LABORATORIOS LINNER

AL SERVICIO DE LOS MEDICOS

CAMPANARIO 362 HABANA

Calzado a la Medida

HORMA ORTOPEDICA

UNICAMENTE POR PRESCRIPCION FACULTATIVA

A. Aznarez

BARCELONA 53 HABANA

Calzado a la Medida

EXCLUSIVAMENTE PARA SEÑORAS

Horma Ortopédica

UNICAMENTE POR PRESCRIPCION FACULTATIVA

E. BRIOSO

BARCELONA 106 TELEFONO M-1332

ORTOPEDIA *González*

- PROTESIS
- APARATOS
- CALZADO
- FAJAS MEDICINALES

EXCLUSIVAMENTE POR PRESCRIPCION FACULTATIVA

Luis Z. González
DIRECTOR TECNICO

Guillermo Z. González
ADMINISTRADOR

Neptuno y Lealtad Habana Telf. M-1475

ORTOPEDIA NACIONAL

DIRECTOR: GUZMAN
PROFESIONAL ORTOPEDICO

FAJAS SACRO-ILIACAS

FAJAS MEDICINALES DE TODAS CLASES
MODERNOS SOPORTES PARA PIE PLANO

CUMPLIMOS INDICACIONES MEDICAS

AMISTAD Núm. 309,
ENTRE S. RAFAEL Y S. JOSE

TELEFONO A-6088

¿SU EDAD?

¡La edad de sus Arterias!!

El SAC **(Suero Antirreticular Citotóxico de Bogomolets)**

MANTIENE la elasticidad tisular y en principio
E V I T A la rigidez de las esclerosis,
ESTIMULA directamente el sistema retículo endotelial
DETERMINA una fuerte reacción no específica,
FAVORECE notablemente la reparación tisular y
A Y U D A la acción eficaz de las drogas específicas.

I B C

LA HABANA, CUBA

CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

REVISTA TRIMESTRAL

ORGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

DIRECTOR FUNDADOR:

PROF. DR. ALBERTO INCLAN

COMITE EDITORIAL

PROF. PEDRO SANCHEZ TOLEDO
DR. JOSE PEREZ LORIE
DR. ALBERTO INCLAN, JR.
DR. GUILLERMO BARRIENTOS
DR. GUSTAVO BESTARD
DR. JOSE I. TARAFA
DR. LUIS IGLESIAS
DR. JULIO MARTINEZ PAEZ
DR. ALFREDO G. MENDOZA
DR. LUIS ALVARGONZALEZ

SECRETARIO DE REDACCIÓN:

DR. ALBERTO BARBA INCLAN

JEFE DE CIRCULACIÓN:

SR. MARIO MESA

DIRECCIÓN POSTAL: APARTADO 1928 — LA HABANA, CUBA

REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN: CALLE 21 Nº 456, ENTRE E Y F, VEDADO

Suscripción anual: $3.00

Extranjero: $4.00

Número suelto: $1.50

A los Señores Editores:

Cirugía Ortopédica y Traumatología hará mención de todas las tesis y monografías que le sean enviadas con un juicio crítico sobre las mismas firmado por un especializado, siempre que su importancia lo justifique. En la sección correspondiente a Literatura Extranjera se publicarán extractos de artículos originales de las revistas que se nos envíen mediante canje.

La reproducción de un artículo original en otra Revista, implicará la mención del título de ésta.

A los Señores Colaboradores:

Los trabajos originales deben remitirse con letra clara, líneas espaciadas y títulos breves, adjuntando un extracto a manera de resumen para ser traducido a otros idiomas. Los fotograbados serán enviados con notas explicativas para su interpretación.

SE SOLICITA EL CANJE
ON PRIE L'ECHANGN
SI PREGA L'INTERCAMBIO
EXCHTNGE IS DINDLY SOLICITED
AUSTAUSCH ERWUENSCHT!

Lo relacionado a Redacción y Canje envíese a la dirección señalada más abajo:

Adresser tout ce qui concerne la Redaction et l'Echange a l'adresse ci-dessous:

Dirigiere tuto ció che riguarda la Redazione e l'Intercambio al seguente indirizzo:

All correspondence respecting Redaction and Exchange should be addressed to the address below:

Bitte alles ie Redaktion und Austausch betreffende an die unten verzeichnete Anschrift zu richten:

CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
Apartado Nº 1928 La Habana, Cuba

VOL. XV. ENERO-FEBRERO-MARZO, 1949. NUM. 1.

Sumario

In Memoriam:

Prof. Dr. Rafael Peñalver 1

Dr. A. Jiménez Pla 4

El Tratamiento de las Lesiones del Disco Intervertebral 7
Por el Dr. Edward L. Compere, M.D. (Chicago, Ill.).

Osteoma Osteoide 13
Por el Prof. Alberto Inclán y Dr. Ricardo Fusté.

Osteitis Fibrosa Quística Localizada 25
Por el Dr. Arturo Feria Mora (Santiago de Cuba).

Literatura Extranjera 47

In Memoriam

Doctor Rafael Peñalver Peñalver
Junio de 1896 a enero de 1949

La muerte prematura del Dr. Rafael Peñalver, Pofesor Auxiliar de Ortopedia de la Facultad de Medicina, amigo entrañable, compañero fraternal de una vida de trabajo y labor universitaria, donde existió siempre la más estrecha comunión de ideas y de procedimientos, ha sido un artero golpe del destino, que nos priva bruscamente del colaborador incansable y leal, modelo de honestidad y de comprensión, hermano y discípulo a la vez, que fué en todos los momentos, durante veinticuatro años de su actuación a nuestro lado, Rafael Peñalver.

Esta pérdida irreparable, nos conturba con un dolor que sólo saben

sentir los que han aquilatado el valor de la amistad y el afecto, de la hombría de bien y de la honradez de principios, de la lealtad y el respeto, de la virtud y del alto sentido de la responsabilidad, de la dulzura del carácter y del amor a los suyos, familiares y amigos, de todo ese conjunto de bellísimas cualidades espirituales que eran características de ese querido discípulo, compañero, amigo, hermano, que fué para nosotros Rafael Peñalver.

Sobre su tumba derramamos sin tratar de esconderlas, lágrimas dolorosas, porque aquilatábamos al perderlo, lo irreparable de la separación.

Sean estas líneas un tributo a su memoria. La Sociedad Cubana de Ortopedia sufre la enorme pérdida de un valor real, positivo, científico y moral, que fué su Vicepresidente.

La Cátedra de Ortopedia se ha conmovido profundamente en sus cimientos con su muerte, porque constituía uno de los pilares fundamentales que a través de un cuarto de siglo, sin una sola discrepancia, mantuvieron integralmente la unidad de trabajo y de procedimientos que ha sido basamento sólido en que ha descansado el funcionamiento armónico de la Cátedra.

A. Inclán

DOCTOR RAFAEL PEÑALVER PEÑALVER

Datos biográficos

Nació en la Ciudad de La Habana el día 19 de junio de 1896, cursando sus primeros estudios en el Colegio De La Salle (entonces Niño de Belén, en Luz y Picota), y en el Colegio de Belén, donde se graduó de Bachiller en Letras y Ciencias en el año 1914. En la Universidad de La Habana recibió el título de Cirujano Dentista en junio de 1917, y el de Doctor en Medicina y Cirugía en julio de 1919. Comenzó su labor en la especialidad de Ortopedia, en el año 1916, trabajando en la consulta de Ortopedia del Hospital "Nuestra Señora de las Mercedes" con los doctores Enrique Porto (q.e.p.d.) y Alberto Inclán, auxiliando a este último en su consulta privada. Al terminar su carrera en 1919 fué nombrado Hédico Interno del Hospital Mercedes. En 1924 concurrió a las oposiciones convocadas por la Universidad de La Habana, para cubrir el cargo de Profesor Auxiliar de Ortopedia de la Facultad de Medicina, habiendo obtenido el voto unánime del Tribunal que presidió dichas oposiciones, y en virtud de ese fallo fué nombrado Catedrático Auxiliar, Jefe de Clínica, de la asignatura de Ortopedia, cargo que desempeñó hasta su fallecimiento. En el Centro Balear, ingresó como Médico Interno, pocos meses después de graduado, y en el año 1928, mediante concurso, obtuvo el cargo de Cirujano Ortopédico, Jefe del Servicio de Ortopedia

en dicho Centro, abandonándolo en agosto de 1932 por defender los principios de la Federación Médica de Cuba (Colegio Médico Nacional). En 1932, fué uno de los fundadores de la Clínica "Nuestra Señora del Pilar", siendo Jefe del Servicio de Ortopedia y Traumatología. En esta institución fué su primer Presidente, cargo que desempeñó durante varios períodos, y más tarde su Director. Al constituirse en el año 1945 la Sociedad Cubana de Ortopedia y Traumatología, fué electo para el cargo de Primer Vicepresidente. Durante más de veinte años fué Médico de la Sociedad Unión Fraternal, perteneció al Cuerpo Facultativo de la Asociación de Repórters de La Habana, Círculo Nacional de Periodistas. Ocupó cargos en el Comité Ejecutivo de la Federación Médica de Cuba y del Círculo Médico de Cuba. En el año 1947 fué designado Director Médico de la Compañía de Seguros "La Tabacalera", cargo que desempeñaba al morir. Perteneció a distintas Asociaciones Católicas como La Fraternidad de Antiguos Alumnos de La Salle y la Asociación de Antiguos Alumnos de Belén. En el año 1924 contrajo matrimonio con Pura Luisa Ballina, siendo sus dos hijos Rafael y Joaquín Peñalver Ballina, Médico el primero y Abogado el segundo.

Falleció en la Ciudad de La Habana, el 13 de enero de 1948, después de recibir los Santos Sacramentos, a la edad de 52 años.

Dr. Alberto Jiménez Pla

Bruscamente, cuando con mayores entusiasmos cultivaba la Cirugía ortopédica en la ciudad de Matanzas, en accidente automovilístico, en que la mano del destino lo escogió como única víctima, murió de manera trágica, nuestro querido amigo y discípulo, colaborador de esta Revista, Dr. Alberto Jiménez Pla.

Nacido en Matanzas el 11 de agosto de 1901, se graduó de Bachiller en 1918 y de Doctor en Medicina en la Universidad de La Habana en 1924. Médico interno del Hospital de Matanzas en 1925, ejerce su profesión en dicha ciudad como Médico general hasta que sus inclinaciones por la Ortopedia le permiten en el año 1938 organizar en dicho Hospital el primer Servicio de Ciugía Ortopédica, que dirigió hasta su fallecimiento.

Conocimos a Jiménez Pla por sus constantes visitas a nuestro Servicio del Hospital Mercedes, al cual concurría asiduamente observando de cerca las labores quirúrgicas, sin faltar en un número de años, los miércoles de cada semana, a nuestras sesiones operatorias.

Atraído hacia la especialidad cuando hacía años que ejercía como Médico general, carente de la preparación quirúrgica que se adquiere en la época de los Internatos, desarrolló Jiménez Pla con su habilidad manual, su constancia y devoción hacia el enfermo, una técnica depurada para el mejor tratamiento conservador de las fracturas y semanalmente al visitarnos nos consultaba, con las radiografías de sus casos, los problemas que iba confrontando y venciendo en su práctica. Convencido, sin embargo, de la necesidad de recurrir cada vez con más frecuencia a procedimientos cruentos, con voluntad férrea, se empeñó en el dominio de la técnica quirúrgica, y fué su último trabajo, presentado en la Sociedad Médica de Matanzas, exponente de los resultados que venía alcanzando en los casos tratados por procedimientos operatorios.

Por su carácter bondadoso, por la generosidad sin límites de su actuación humanitaria, por la sinceridad de su compañerismo y de su amistad, por los sólidos principios de honradez y ética profesional que caracterizaron durante toda su vida su actuación como médico, la muerte de Jiménez Pla constituyó para Matanzas una pérdida tan dolorosa, que se tradujo por una manifestación de duelo popular que aglomeró en las calles al pueblo matancero al paso del cortejo fúnebre y levantó sobre su tumba una enorme pirámide de ofrendas florales, que a todos los que concurrimos a su sepelio nos dió la demostración cabal y plena de cuán querido era por sus conciudadanos el compañero y amigo modesto y laborioso, de quien tantas pruebas de respeto, consideración y cariño recibimos como maestro, cuando en vida nos las pudo ofrecer como discípulo.

Dr. A. Inclán

El tratamiento de las lesiones del disco intervertebral

Por EDWARD L. COMPERE, M.D.
Chicago, Illinois

Ha sido un punto de gran controversia si se debe o no fusionar la espina dorsal al mismo tiempo que se hace la resección en los casos de rotura del disco intervertebral. Esto se debe en gran parte a un concepto erróneo de muchos médicos en la apreciación de la importancia del disco intervertebral en la fisiología de la espina dorsal.

El disco intervertebral es una parte sumamente importante de la espina dorsal humana. Este disco debe soportar directamente el peso del cuerpo humano y también la función de reducir los golpes y sacudimientos, los cuales ocurren en el devenir cuotidiano. Ellos son dirigidos de abajo hacia arriba a través de la espina dorsal. Además, el núcleo pulposo que ocupa una posición inmediatamente posterior al centro del disco sirve como una billa hidrodinámica y eje de acción. Si la estructura del disco se ha perdido como resultado de la rotura o de pequeños repetidos traumatismos, o de la extirpación quirúrgica, el eje del movimiento y la fuerza dirigente se mueven hacia atrás de las pequeñas y relativamente inadecuadas facetas articulares. Los cuerpos vertebrales contiguos pueden ponerse en contacto después de la pérdida del disco. Los movimientos de la espina dorsal pueden entonces causar artritis hipertrófica en los márgenes anteriores de los cuerpos vertebrales y en las facetas articulares.

El disco intervertebral se compone de tres partes: el anillo fibroso, el núcleo pulposo y la lámina del cartílago. La gruesa cubierta fibrosa llamada anillo fibroso rodea por todos lados un centro blando y pulposo denominado el núcleo pulposo. Las fibras del anillo son verticales y están

Fig. I.—En esta ilustración se pueden ver los cambios artrósicos que se producen como secuela de la extirpación de un disco intervertebral después de pasados unos años. Los cuerpos de la cuarta y quinta vértebra lumbar presentan esclerosis y exostosis marginal debido a la continua erosión entre ellos. Este paciente presentaba marcada impotencia funcional debido a rigidez y dolor en la columna vertebral.

firmemente adheridas tanto arriba como abajo a los adyacentes cuerpos vertebrales. El anillo es más grueso y más fuerte en su parte anterior y lateral que lo es posteriormente. En inclinaciones anteriores la fuerza del peso y de los músculos lumbosacros tractores tiende a apretar este núcleo pulposo hacia atrás hacia el canal espinal, donde la fuerza del anillo es menor. Tensiones agudas de este tipo o tensiones pequeñas y repetidas que se observan en ejercicios de trabajo duro pueden resultar en la distensión o rotura de estos anillos fibrosos posteriores en una forma tal que permiten sobresalir o aun proyectar el núcleo pulposo en la porción extradural del canal espinal. La fuerte corteza del hueso, cubierta en el lado del disco por una capa de cartílago hialino y la hoja del cartílago, fija el núcleo pulposo superior e inferiormente. Sólo una rotura del cuerpo intervertebral permite su escape en estas direcciones.

El alivio del dolor ciático después de la extirpación de las porciones herniadas de los discos intervertebrales ha hecho que los neurocirujanos se interesen en esta entidad patológica. El mayor número de las operaciones anteriormente llevadas a cabo lo fueron por cirujanos primariamente interesados en las lesiones del sistema nervioso. Era natural que estuvieran primariamente interesados en aliviar la presión sobre la raíz de los nervios y también en preservar la estructura de la espina dorsal.

La mayor parte de los enfermos sometidos a la simple incisión del disco herniado o a la extracción completa del disco desintegrado son aliviados de inmediato del dolor ciático. Sin embargo, con el correr de los años los ortopedistas han tenido que tratar con bastante frecuencia dolor de la espina dorsal con o sin recurrencia del dolor ciático en enfermos que han tenido anteriormente una extracción de un disco intervertebral.

Frecuentemente veo enfermos que han tenido una operación del disco en la cual no se ha hecho la fusión de la espina dorsal, los cuales se quejan del dolor de espaldas y en ocasiones de una recurrencia del dolor ciático. Muchos de estos enfermos informan que han tenido alivio temporal de sus más severos síntomas, tales como dolor ciático. En algunas ocasiones el alivio ha durado aún por más de dos años. El dolor de espalda que no ha desaparecido por entero, generalmente empeora y en un considerable número de enfermos el dolor ciático recidiva. Exámenes de la columna vertebral por rayos X revelan artritis hipertrófica de los cuerpos vertebrales y de las facetas aticulares al nivel del disco previamente lesionado.

En 1932, Key y yo presentamos un largo reporte acerca de fisiología y patología del disco intervertebral. Hicimos mención de estudios experimentales en animales (perros y monos) en los cuales en forma

FIG. II.—Injerto en forma de H que empleamos rutinariamente para tratar una pseudo-artrosis consecutiva a una tentativa de fusión interlaminar. En adición al hueso cortical grandes cantidades de hueso esponjoso son colocadas cruzando las láminas y bordeando el espacio entre el injerto y la apofisis espinosa.

Fig. II.—Esta radiografía ilustra los efectos del curetaje de la cortical de las vértebras, mal aconsejado después de la extirpación del núcleo pulposo. Este paciente presentaba mayor impotencia funcional después del tratamiento quirúrgico. Cuando operamos para producir la acreosis este espacio intervertebral fué explorado de nuevo. Contenía substancias necrotizadas pero no había perfección. Después de efectuada la fusión con un injerto tibial masivo desapareció su sintomatología.

rutinaria se encuentran cambios artríticos después de la extracción de los discos intervertebrales. Desgraciadamente, estos experimentos han sido ignorados por muchos cirujanos interesados en el disco intervertebral. Los cambios artríticos hipertróficos desarorllados en estos animales ocurrieron en un plazo mucho más corto que en el sujeto humano. Mi experiencia ha sido que la pérdida del disco intervertebral en el hombre es invariablemente seguida en el curso de uno o cinco años del desarrollo de cambios artríticos hipertróficos en las facetas articulares y a lo largo de los márgenes de los cuerpos intervertebrales vecinos.

Han pasado ocho o diez años desde las primeras tres extracciones del disco intervertebral hechas en mi servicio. Dos de estos enfermos fueron operados en 1938 y uno en 1940. En todos los casos el cirujano removió el disco intervertebral y la columna dorsal no fué fusionada. Estos enfermos tuvieron alivio inmediato del dolor ciático después de la operación. Sin embargo, antes de pasar un año uno de estos enfermos tuvo recurrencia no sólo del dolor de espalda sino una neuritis ciática severa y persistente. Después de una segunda operación con exploración de los discos intervertebrales la enferma no tuvo alivio alguno. Finalmente, se hizo la fusión lumbosacra en esta inválida de por años. Se encontró una fibrosis marcada de los músculos inferiores, la enferma no mejoró, y desarrolló finalmente una personalidad psicopática. Era demasiado tarde para rehabilitar la enferma.

El segundo y tercer enfermos resultaron también fracasos terapéuticos. Ellos tuvieron también alivio pasajero de síntomas. Uno de estos enfermos es capaz de llevar una vida bastante activa con el uso de un corset con acero y cuero en la parte posterior. El tercer enfermo es incapaz

de desarrollar actividad debido al severo dolor de espalda que se hace cada vez más intenso con el ejercicio. La fusión de la columna una vez que se ha removido el disco, en mi experiencia ha probado impedir en los casos subsecuentes tratados la incapacidad física de estos enfermos.

Desde el año 1940 yo he recomendado y practicado rutinariamente la fusión de la espina dorsal en cada caso en que un disco herniado roto ha sido resecado. Las únicas fallas que hemos tenido desde el punto de vista del recuperamiento de la función han resultado en la falla de obtener una completa fusión. Antes de dar de alta del hospital a estos enfermos se deben tomar radiografías haciendo al enfermo inclinarse primero hacia la derecha, después hacia la izquierda, hacia adelante y hacia atrás, con el objeto de demostrar si existe una pseudartrosis. La repetición de la fusión de la espina es desarrollada usando la "H" (hache) o injertos tibiales acuñados entre los procesos espinosos sacro y lumbar, estando la espina dorsal en posición flexionada con pequeñas cuñas de hueso enclavadas alrededor de la cuña mayor. Estos injertos soportan los cuerpos vertebrales separados y mantienen el foramen neural abierto.

El no hacer una adecuada fusión de la espina dorsal en el momento de la extracción de un disco intervertebral roto es un serio error, el cual ha sido practicado entre otros muchos cirujanos ortopedistas. Otro error consiste en hacer una fusión lumbosacra sin explorar el disco intervertebral. La operación combinada en la cual se remueve el disco intervertebral y se hace la fusión de la espina dorsal requiere en verdad muy poco esfuerzo adicional y el período de hospitalización se prolonga cerca de una semana. El recuperamiento completo permitiendo trabajos que requieren intenso esfuerzo puede ser anticipado con mucha mayor seguridad que si se remueve solamente el disco. No consideramos que se pueden apreciar resultados finales obtenidos con esta operación hasta que haya pasado un lapso por lo menos de dos años.

Osteoma Osteoide

Prof. Dr. ALBERTO INCLAN.—Dr. RICARDO FUSTE

En agosto 22 de 1935, tuve la oportunidad de examinar en mi consulta privada, a una jovencita de 16 años, de la raza blanca, (hoja clínica núm. 4592) registrada con el diagnóstico clínico de Osteomielitis esclerosante de Garré, cuya sintomatología y evolución siempre he recordado, como ejemplo clásico de lo que más tarde apareciera descripta por Jaffé como característica del proceso patológico que él denominó "osteoma osteoide".

Es interesante revisar trece años más tarde, la historia clínica de esta enferma.

Refiere que hace *año y medio* comenzó a sentir dolor en todo el miembro inferior derecho, más fuerte en el fémur, dolor *que ha ido aumentando gradualmente* y actualmente le ocasiona crisis dolorosas, señaladas a las 5 p.m., a las 2 a.m. y a las 6 a.m., *necesitando tomar calmantes para aliviarse*. El movimiento y aun la palpación no le producen dolor. Ha perdido peso durante el año. El dolor es difuso, sordo a veces, crítico en otras, y asciende hacia la cadera. *No ha habido nunca signos de inflamación. Nunca ha tenido fiebre.* K y N negativos. Conteo globular negativo. Mantoux negativo. No trauma.

Al examen mantiene el miembro en ligera rotación externa, y a la marcha conserva esta actitud y claudica ligeramente sobre ese miembro. Exploración articular negativa. Ligera atrofia comparativa de los segmentos de muslo y pierna. Reflejos normales. Sensibilidad normal. La palpación profunda comprueba un punto álgido bien localizado en la base del cuello femoral a nivel del trocanter menor.

El examen radiográfico comprueba a nivel de la región intertrocanterea, un borramiento del trocanter menor con una zona de osteitis condenante en ese punto y *por debajo* de la cortical *una rarefacción de la trabécula del vuelo de un real,* rodeada esta zona por otra ligeramente

condensante de la esponjosa y que por comparación con la del lado sano señala una alteración de la disposición trabecular. La articulación coxo femoral está normal.

Se sugirió el diagnóstico de osteomielitis esclerosante de Garré. Se le indicó un tratamiento estimulante de sus defensas; luminaleta para el dolor y reposo. No mejoró. El dolor se agudiza. Se decide operar y se interviene en septiembre 21 de 1935. Incisión anterior. Búsqueda de la línea intertrocanterea a descubrir el trocánter menor. Resección en bloque de la zona de osteitis condensante y de la zona circunscrita de osteitis rarefaciente que se completa con un *curetaje*. Se envían fragmentos para examen histopatológico y éste es practicado por el doctor Cárdenas Pupo en el Hospital de Maternidad. Bip. núm. 100. Aspecto microscópico: tres fragmentos del tamaño de un grano de maíz, consistencia dura y superficie irregular.

Aspecto microscópico: Tejido constituído por tres elementos fundamentales: A) tejido óseo que es de carácter adulto normal, sin fenómenos degenerativos. B) tejido conjuntivo: envuelve a las trabéculas óseas, de tipo adulto y en franca hisliniosis. C) Vasos: están infiltrados por elementos redondos algunos plasmocilos y su pared aumentada, llegando casi a la obliteración. Impresión diagnóstica: Las lesiones del sistema vascular hacen sospechar la naturaleza específica de la lesión y en este sentido recomendamos se investigue.

La enferma evolucionó hacia la curación. Me impresionó este cambio favorable tan repentino. La hemos observado durante largo tiempo y no ha vuelto a tener dolor.

En ese mismo año de 1936, publicaba H. L. Jaffé, su trabajo "Osteoma Osteoide". Un tumor benigno osteoblastico compuesto de hueso atípico y osteoide. (Arch of Surgery XXXI, 709, 1935) y en 1936 describe su aspecto histológico especialmente en su trabajo "Osteoma Osteoide" publicado en el Am. J. of Pathology, 796, 1936.

La sintomatología y evolución y sobre todo el aspecto radiográfico de nuestro caso nos permite sin duda alguna incluirlo entre los más típicos descriptos por Jaffe y Lichtenstein como osteoma osteoide. Lástima que no pueda lograrse un estudio restrospectivo del aspecto histológico, aunque es muy posible que el curetaje final no haya permitido llegar el núcleo tumoral intacto a la investigación histológica prcticada.

Es indudable que esta entidad nosológica no puede haber pasado desapercibida clínica y radiológicamente con anterioridad a los trabajos de Jaffé. Pero la falta del diagnóstico histopatológico, muy difícil de realizar según afirma el mismo Jaffé, con productos de curetage, sólo ha sido posible con las resecciones en bloque, que tanto macroscópica como microscópicamente, han permitido estudiar las características de este tumor de manera inconfundible. Muchas lesiones catalogadas como osteomielitis crónica d'emblec; osteomielitis esclerosante de Garré; absceso

de Brodic, etc, pueden ser diagnosticadas apropiadamente como osteoma osteoide.

También resulta instructiva la revisión de otro caso que estimó actualmente como un osteoma osteoide, tratado por nosotros como osteomielitis crónica condensante de Garré, con diagnóstico patológico confirmativo, pero que en mi concepto por su evolución y por su sintomatología no puede ser otra cosa que un osteoma osteoide no reconocido a tiempo. Historio clínica núm. 7572, junio 2, 1942.

Caso clínico. Antonio A. S., blanco, de 18 años de edad.

Parotiditis hace 2 años, paratífica, hace 10 años. Varicelas. Anamnesis. Hace *casi un año* que sin recibir traumatismo comenzó a sentir dolor en la cadera izquierda, refiriendo el dolor a la ingle. Este dolor era ligero y no constante, intensificándose con la marcha. Hace un mes se ha intensificado mucho, se ha hecho constante *exacerbándose durante la noche*. Ha perdido algunas libras de peso; siente falta de fuerza, poco ánimo. *No hace fiebre ni febrículas.*

Examen clínico: Marcha con cierta claudicación en el lado izquierdo, aunque no es dolorosa. Signo de Trendelemburg negativo. Media pulgada de atrofia comparativa en el muslo y pierna de ese lado. No hay limitación de los movimientos articulares de rodilla y cadera. Sacro-iliaca y columna vertebral nada anormal. Punto doloroso predominante en canal isquio-trocantereo. Se sospecha osteocondrosis del crecimiento del trocanter menor o del isquion y se le indica radiografía con este diagnóstico clínico de probabilidad. El examen radiográfico comprueba una alteración de la linea del cartílago de crecimiento del trocanter menor y el inicio de una zona de esclerosis de la cortical por debajo del trocanter menor. Los exámenes complementarios, hemograma, eritrosedimentación, reacciones serológicas son negativas.

Un tratamiento de seis semanas de inmovilización y recalcificación no lo mejora. Examinado bajo el punto de vista pulmonar, na muestra lesiones pulmonares. Se le indica terapia antialgica, pensando en granuloma con reacción osteoperióstica, y el Dr. Pedro Fariñas hace nuevas radiografías y piersa en tumor maligno. Se hace biopsia y diagnostican osteomielitis crónica esclerosante. Se le da terapia profunda y no se modifica. Se le hace empíricamente tratamiento antisifilítico y no mejora.. Persiste el dolor con crisis nocturnas que requieren sedantes y la pérdida gradual de peso. Las radiografías muestran aumento marcado de la osteitis condensante de la cortical interna de la región subtrocanterea. Lo hacemos ingresar de nuevo en el Hospital y se le practican perforaciones gruesas y múltiples que atraviesan la zona esclerosada y llegan a la medular. Este tratamiento provoca la desaparición transitoria del dolor. Reaparece meses después. Se le suministran 600,000 unidades de Penicilina. Mejora y se le quita el dolor después de este tratamiento. Es interesante tomar de la hoja clínica los datos finales. Abril

26, 1946. Se puso 600,000 W. Ox. de Penicilina; terminó en septiembre del 45, persistiendo el dolor hasta final de octubre, pero desde esa época hasta el día de hoy no ha vuelto a sentir dolor ni malestar en esa región y su estado general está mejor, aunque su peso aumenta lentamente. Buen apetito. Examen: No hay claudicación; no hay dolor sobre el punto álgico del trocanter menor. Ligera atrofia comparativa. Examen radiográfico: Persiste la zona de osteitis condensante pero comienza a visualizarse la trabécula.

No hemos tenido nuevas noticias de este enfermo que tanto nos preocupó durante su tratamiento. La revisión clínica y radiológica y el estudio comparativo con los casos que han ido apareciendo en la literatura, nos llevan al convencimiento de que se trataba de un osteoma osteoide, que de haber sido tratado apropiadamente, con resección masiva en bloque del tumor en sus comienzos, hubiera curado sin el via crucis doloroso que la historia revela hasta su aparente curación.

Aunque Milch, en 1934, describió la lesión, concluyendo que se trataba de un tumor osteoblástico benigno, formando tejido osteoide, y no de un sarcoma osteogénico como consideraron clínicamente los dos casos que en 1930 estudió Bergstrand, describiendo el aspecto histopatológico de esta lesión por primera vez, no ha sido, hasta después de los trabajos de Jaffé que la entidad ha quedado reconocida como tal y han ido apareciendo en la literatura médica cada día con mayor frecuencia. nuevos casos clínicos con nuevas localizaciones, concediéndole así más importancia al reconocimiento de esta afección, que enmascaraba, antes de su conocimiento, diversas manifestaciones dolorosas y aun deformantes del esqueleto y de las articulaciones. Los recientes trabajos de Mary S. Sherman demostrando asociación de estos tumores con manifestaciones patológicas en las articulaciones adyacentes y la revisión que de la literatura presenta en su reciente trabajo publicado en octubre de 1947, en el Journal of Bone e Joint Surgery, recopilando 158 casos, completan el estudio de esta lesión hasta el momento actual.

Aspecto clínico: Clínicamente, todos estos casos presentan sintomatología y evolución análoga, y sus puntos primordiales y característicos los hemos destacado en las historias clínicas de los enfermos antes revisados.

Suele ser más frecuente en el sexo masculino, casi en una proporción de dos a uno. Sólo en un caso se ha reportado en raza negra. Predomina en la adolescencia. El enfermo más joven reportado es de tres años y el más viejo cincuenta y uno. La localización más frecuente es en los huesos largos, tibia y fémur preferentemente. También es frecuente en los huesos cortos y en el tejido esponjoso; astragalo, vértebras, calcáneo, muy raro en las costillas, pubis e ilíacos.

El signo clínico más destacado en el dolor. Al principio difuso, vago, poco preciso, intermitente, va aumentando en intensidad, creciendo

en constancia, precisamente en su localización y haciéndose a veces crítico, con tendencia marcada a exacerbaciones nocturnas. Cuando la lesión radica en la columna vertebral puede asociarse una radiculalgia y hasta signos de compresión medular.

Fig 1.—Osteoma osteoide de la tibia, con zona de esclerosis ósea dando una tibia en sable.

El signo físico más importante es el dolor localizado a la palpación con un punto álgico exquisito que corresponde a la localización ósea del proceso. En casos de larga duración puede haber, como en el que presentaremos con estudio completo más adelante, aumento de grosor del plano esquelético, tumoración, deformidad. Si la lesión está vecina a una articulación puede terminar afectando su motilidad y haciéndola dolorosa. Los signos cardinales de la inflamación rubor y calor faltan en estos casos. También falta siempre la fiebre, aunque es frecuente la pérdida de peso y disminución de la energía. El hemograma es siempre normal, así como la eritrosedimentación.

La claudicación puede existir cuando se localiza en un miembro inferior y cuando lo hace en la columna vertebral se acompaña el dolor de espasmo muscular, escoliosis antálgica y báscula de la pelvis. La lesión es única y no hemos visto ni encontramos casos descriptos en la literatura de localizaciones múltiples.

Aspecto radiológico: En la interpretación radiológica del osteoma osteoide, hay que señalar dos hechos de capital importancia y son: 1º el aspecto de la lesión propiamente dicha y 2º el aspecto de la reacción que la misma produce en su vecindad.

El osteoma osteoide propiamente dicho aparece en el negativo como una zona circunscrita de radiotransparencia o rarefacción que más tardíamente se osifica y puede aparecer como una zona condensada rodeada de un halo de radiotransparencia a veces difícil de visualizar debido a la osteitis condensante, que sobre todo en los localizados en la vecindad de la cortical, se produce en una zona de mayor o menor extensión y que constituye la reacción de vecindad más frecuente del tumor.

Diagnóstico clínico y radiográfico: El diagnóstico clínico del osteoma osteoide, puede hacerse sin dificultad si conocemos y llevamos "in mente" a esta entidad nosológica. Los puntos clínicos de mayor interés diagnóstico son: la edad, predominancia en la adolescencia o en el adulto joven; el dolor, localizado a cierto punto del esqueleto, progresivo en intensidad y en constancia, con exacerbaciones nocturnas, y de varios meses de duración; la ausencia de calor local y rubor en el sitio donde está localizado el dolor; y la falta de reacción febril con hemogramas y eritrosedimentación normales y con reacciones serológicas y pruebas a la tuberculina negativas.

El aspecto radiográfico es típico y sólo puede prestarse a confusión si el tumor radica en hueso esponjoso, con el absceso óseo o absceso de Brodie, siempre que exista radiotransparencia, a con un secuestro anular, cuando está osificada. Cuando radica cerca de la cortical, con reacción de vecindad de osteito condensante, que puede ser extensa, se piensa en la posibilidad de osteomielitis crónica no supurativa, de'emblee, osteomielitis esclerosante de Garré, osteitis sifilítica, osteosarcoma esclerosante. Donde el diagnóstico radiográfico es de gran dificultad es en los localizaciones vertebrales, sobre todo cuando ocurren en las láminas o en las apófisis articulares. Cuando la lesión radica debajo del cartílago articular de un hueso largo, como en la cabeza femoral, en los condilos femorales o tuberosidades tibiales puede confundirse con una osteocondritis disecante.

El pronóstico es benigno. Se discute mucho aún si se trata de un tumor benigno osteoblástico como afirma Jaffé, o si por el contrario se trata de una reacción ósea, por infección atenuada, como afirman Ghormely, Brown y otros que comprueban en sus casos, con historiales similares, a los del osteoma osteoide, verdaderos abscesos de Brodie y en

el examen histopatológico evidencia de reacción inflamatoria ósea. La realidad es que un gran número de casos de esta lesión han sido estudiados detenidamente, pudiendo asegurar su benignidad la ausencia constante de recidiva, cuando se practica una terapéutica quirúrgica de resección en bloque de la lesión obteniéndose una curación permanente como consecuencia de esta operación.

FIG. II.—Resección de la diáfisis tibial con extirpación en bloque del tumor e injerto autógeno en puente para llenar el defecto sin permitir acortamiento.

No nos es permitido, dada la brevedad del tiempo que se nos concede, entrar en la discusión de la etiología de esta lesión, aun indefinida y en abierto debate. La mayor parte de los autores aceptan con Jaffé que se trata de un tumor benigno. Los únicos autores que han negado categóricamente la existencia del osteoma osteoide han sido Brown y Ghormley, que mantienen el criterio de que se trata de abscesos crónicos

solitarios del hueso, aunque sus razones no son del todo convincentes para la Dra. Sherman. Actualmente resulta mayoritario el criterio en contra de la infección como agente etiológico del osteoma osteoide. Tampoco se ha probado la relación directa del trauma como factor etiológico, estando presente en algunos casos y totalmente ausente en muchos.

FIG. III.—Resultado postoperatorio. Obsérvese la formación de canal medular en el injerto.

Queremos mostrar dos casos con diagnóstico de osteoma osteoide, que completan el aspecto radiográfico de esta lesión, aunque los mismos no han sido aún operados, por estar ambos en fase de dolor atenuado, aunque originando la lesión en uno de ellos, una deformidad esquelética bien visible que es factor en el desarrollo de un genus valgo unilateral. La intervención quirúrgica, aunque propuesta todavía no ha sido aceptada.

En el primero de estos casos Elena Babé, de 26 años y dc raza blanca, la lesión ha sido casi un hallazgo radiográfico, por tratarse de un enfermo con sintomatología vertebral predominante, pero que también viene quejándose de dolor en la cadera. En la radiografía sorprendemos un osteoma osteoide osificado, dando una sombra circunscrita, del vuelo de un real, hiperdensa rodeada de un ligero halo radiotranspa-

Fig. IV.—Fotografía de la diáfisis tibial dividida por mitad mostrando la característica localización del osteoma osteoide y la zona de osteitis condensante que lo rodea.

rente localizado en la base del cuello femoral en tejido esponjoso y sin reacción de octeitis condensante dada su posición central.

El otro caso, el niño Antonio Fernández, de 8 años, raza blanca, viene padeciendo de dolor en la cara anterior e interna del muslo izquierdo, a cuyo nivel hay aumento de volumen óseo y un genus valgo

acentuado a nivel de la rodilla. La palpación profunda a ese nivel despierta dolor. No hay edema. No hay rubor, aunque sí ligero calor local. Estado general normal.

La radiografía comprueba, desde enero 6 del 1948: aumento acentuado de volúmen y de densidad del tercio interior del fémur izquierdo á expensas de la cortical, especialmente en su cara interna. En la porción medular, más claramente visible en la placa lateral se aprecia una pequeña zona oblonga de radio transparencia. El diagnóstico del Radiólogo Enfermedad de Garré u osteoma osteoide de los americanos. Genus valgo acentuándose por la deformidad femoral.

El caso que primordialmente motiva este trabajo, tiene como peculiaridad que el osteoma osteoide, de localización tibial, produjo una reacción osteoformativa en toda la porción media diafisaria de este hueso, originando una deformidad característica, tibia en sable, que sólo pudo ser corregida, con la ablación masiva del tercio medio de la diáfisis, usando, al mismo tiempo, un injerto tomado de la otra tibia y tendido a manera de puente para suplantar el defecto óseo proveniente de dicha excéresis.

Caso clínica. Idolidia González, mestiza, de 11 años, vista por primera vez en la consulta externa del Hospital Mercedes por el Dr. Isidoro Pascau. Hace dos años le notan aumento de volumen a nivel del tercio medio de la pierna derecha, sin calor local y sin alteración de su estado general. Se le ha hecho en otro Hospital una biopsia un año antes, sin que sepamos el resultado de la misma.

Presenta: aumento fusiforme a nivel del tercio medio de la pierna derecho, de consistencia dura, ósea, no dolorosa a la presión, *sin signos inflamatorios.* Cicatriz quirúrgica de 3 pulgadas de largo en esa zona por biopsia previa. Hay adenopatía inguinal. No hay circulación venosa superficial. Articulaciones de rodilla, tobillo y cadera normales.

K. y M. negativo. Eritrosedimentación. Hemograma normales.

Presentada en diciembre 20, en la consulta de staff, para discutir diagnóstico, pronóstico y tratamiento con los siguientes diagnósticos clínicos de probabilidad:

Osteomielitis esclerosante de Garré?

Osteitis sifilítica?

Osteoma osteoide?

El examen radiográfico mostraba una zona central en la porción medular de la tibia, en su tercio medio con evidente radiotransparencia, rodeada de una zona fusiforme de osteitis condensante, con aumento de volumen de la diáfisis en todos sentidos, pero predominando hacia la porción anterior dando un aspecto de tibia en sable con marcada deformidad tibial.

Discutido el caso y con diagnóstico probable de osteoma osteoide, fué acordada la resección masiva de la tibia en su porción central, ya que la resección completa de la zona de osteitis condensante, de tipo circular y englobando toda la cortical de la tibia, no era posible en otra forma: esta resección decidimos hacerla subperiósticamente y un injerto óseo, ancho en la porción central y más estrecho en ambos extremos, cortados a escuadra para mantener la longitud de la tibia, fué diseñado.

La operación se llevó a cabo en mayo 15 de 1946 y las radiografías sucesivas muestran la evolución del injerto, que en la última placa tomada muestra ya signos de estar engrosándose hacia el mismo diámetro de la porción tibial que substituye y formándose un canal medular que continúa el canal medular del fragmento superior con el inferior de la tibia.

Dos años después de la operación no ha habido recidiva y el resultado estético y funcional ha sido perfecto.

Veamos ahora el estudio histopatológico hecho por el Dr. Fusté.

Indicación: Prof. Dr. Alberto Inclán.

Paciente: Srta.:

Pieza: Tumor tibial.

Aspecto macroscópico: Fragmento tibial de 13 cms. de longitud. Al corte, presenta una cavidad central de 3.0 cms. de eje mayor, ovoide, ocupada por un tejido gris-pardo, consistente y que evacuado permite determinar la superficie interna cavitaria con un carácter liso. La cavidad se encuentra engastada en medio de una zona ósea condensada.

Aspecto microscópico: Tumor formado por un tejido conjuntivo moderadamente vascularizado, con capacidad de osificación de tipo membranoso que llega a la constitución de un tejido osteoide sin calcificarse.

Diagnóstico: Osteoma osteoide.

CONCLUSIONES

Presentamos cinco casos de lesiones óseas que consideramos tanto clínica como radiográficamente, y por su evolución en aquellos que fueron operados representativos de la entidad nosológica descripta por Jaffe con el nombre de osteoma osteoide. Destacamos un caso de osteoma osteoide de la tibia con osteitis condensante global diafisaria ocasionando una deformidad tan exagerada que hizo aconsejable la resección masiva subperióstica de la diáfisis tibial en su porción afectada y su substitución por un injerto óseo autógeno en puente, logrando así un resultando curativo, tanto estético como funcional, dos años después de la operación.

Estimamos con Jaffé, que clínica, radiográfica e histopatológicamente esta entidad tiene características propias que permiten su individualización y que las mismas autorizan a considerarla como un tumor osteoblástico a predominio osteoide y con caracteres de benignidad.

OSTEOID OSTEOMA

By prof. Dr. Alberto Inclán and Dr. Ricardo Fusté.

CONCLUSIONS:

The authors present five cases with bone lesions, which they consider, on account of their clinical and radiological features, as well as their evolution in the patients operated upon, as belonging to the nosological entity, described by Jaffe as osteoid osteoma. One of the cases, reported here, had an osteoid osteoma, with a condensing osteitis in the entire shaft of the tibia, producing so enormous a deformity that it made imperative the masive, subperiosteal resection of the affected portion of the tibial shaft, bridging the gap with an autogenous bone graft. In this way, healing was obtained, from the aesthetic as well as functional viewpoint, two years after the surgical intervention.

We fully agree with Jaffe that this entity has clinical, radiological, and histopathological features of its own, and justifying its consideration as an osteoblastic, predominantly osteoid, benign tumor.

Osteitis Fibrosa Quística localizada

Por el Dr. ARTURO FERIA
De Santiago de Cuba

Vamos a tratar de un tema que estimo sumamente interesante, cuya etiología y patogenia se desconocen y los distintos tratamientos hasta ahora empleados han fracasado en un alto tanto por ciento de los casos. Me estoy refiriendo a la "Osteitis fibrosa quística localizada", conocida también por enfermedad de Mickulicz, quistes solitarios de los huesos, forma localizada de la enfermedad de Recklinhausen, quistes esenciales de los huesos, callos insuflados, etc.

Esta afección se presenta entre los cinco y veinte años, aunque hay excepciones, según Tamini. Es más frecuente en el sexo masculino: de nuestros catorce casos, nueve han sido en este sexo; asienta por lo general en la epífisis de los huesos largos y más frecuentemente en la proximal. En nuestra estadística todos los casos asentaban en esa epífisis.

Estos quistes por regla general se ponen de manifiesto por una fractura que ocurre después de un trauma pequeño, que da poca sintomatología local, escaso dolor, ausencia de hematoma; otras veces, se nos revela por la presencia de un aumento de volumen de la epífisis y la radiografía nos muestra la existencia del quiste; puede en ocasiones existir como único síntoma dolor sordo en la epífisis y la radiografía viene a mostrarnos el quiste.

Al examen radiográfico observamos lo siguiente: ensanchamiento fusiforme de la epífisis, zona de destrucción central de aspecto claro, rodeada de un halo más oscuro que se extiende hasta el cartílago de crecimiento pero sin interesarlo y por la diáfisis ocupa hasta cuatro quintas partes de su longitud; esto es lo que encontramos en la forma unilocular. En la variedad multicolor, esta zona clara está atravesada por trabéculas que la dividen en varios quistes, por así decirlo. Hay un dato de gran interés es las radiografías, y es que la cortical aparece adelga-

zada, abultada generalmente más por un lado que por otro, y detalle muy interesante, el periostio no participa del proceso.

La etiología de la "Osteitis fibrosa quística localizada", se desconoce. Algunos cirujanos, como Campbell y Lecene, la encuadran entre las osteodistrofias; Ombredanne y Ely la catalogan como infección ósea, pero en contra de esta teoría existe la experiencia de la Universidad de Chicago, en que hicieron siembras del contenido de catorce quistes y resultaron negativas en diez, en dos encontraron estreptococos y en otras dos estafilococos; Albee la catalogaba entre los tumores; Kenny y Kolodny la citan entre los sarcomas óseos y otros cirujanos, Sabrazés y nuestro admirado amigo el Profesor Inclán se preguntan si la osteitis fibrosa quística localizada, los quistes simples y los tumores de células gigantes, no serán distintos estadios de una misma afección; Looser la atribuye a un trauma, con hematoma intramedular y reabsorción, pero la experimentación en animales no ha corroborado esta teoría.

El contenido del quiste está formado por fibroblastos, células gigantes y capilares, y al romperse este contenido es reemplazado por un líquido serohemorrágico. En ningún momento se encuentra tejido óseo de regeneración.

Como se desprende de lo anteriormente expuesto, se desconoce la etiología y patogenia de esta enfermedad, no existe una terapéutica que nos dé un resultado óptimo a largo plazo, siendo el que más alto tanto por ciento da de curaciones el tratamiento quirúrgico de vaciamiento del quiste, resección amplia de la cápsula y relleno de la cavidad con injerto óseo masivo o injertos pequeños como prefería Putti.

Hay cirujanos que han reportado casos curados después de una fractura y han sugerido este tratamiento, pero la mayoría no lo aceptan porque han visto consolidar la fractura pero persistir el quiste. En ninguno de nuestros casos ha ocurrido la curación a pesar de que siempre hemos dejado transcurrir varias semanas antes de decidir el tratamiento quirúrgico, observando la consolidación de la fractura pero persistiendo el quiste.

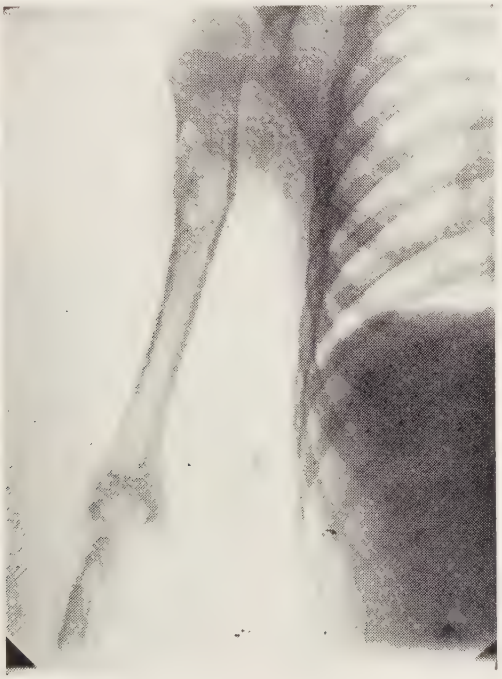
Se han ensayado gran cantidad de tratamientos médicos, antisifilíticos, fósforo, extractos glandulares, lactato de calcio a dosis altas, ergosterina irradiada, helioterapia, etc. Otros han ensayado el vaciamiento del quiste e inyección de formol al veinte por ciento, se ha ensayado la pasta de Mostig-Merhoff ,pasta de Delbet, Pasta de Beck, hueso decalcificado, grasa, músculos. No dejaremos de mencionar la terapia profunda y nosotros hemos tenido la oportunidad de seguir un caso durante los últimos siete años, con un resultado hasta ahora satisfactorio, porque parece estabilizado y la cortical en las últimas placas aparece engrosada.

Por último, nos referiremos al tratamiento quirúrgico con injerto óseo, que consiste, como ya dijimos, en vaciamiento del quiste, con resección

de la pared y relleno con injerto autoplástico cuando fuera posible y si no homoplástico.

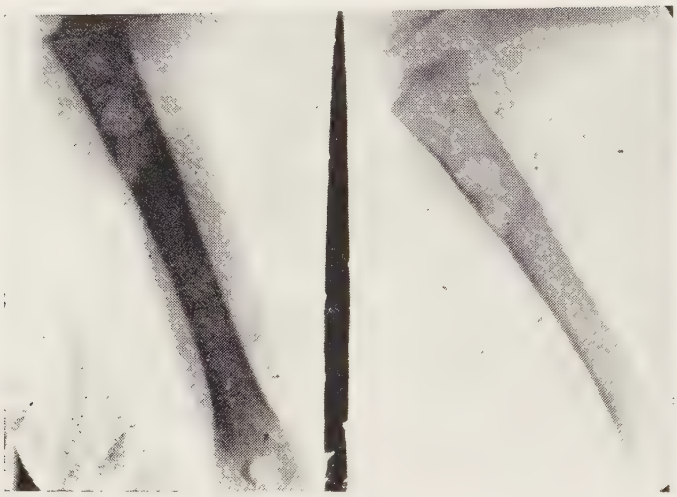
Algunos cirujanos prefieren el injerto masivo. Pero otros como Putti utilizan el injerto pequeño. Las opiniones están divididas en cuanto al momento en que debe intervenirse, pero la generalidad deja transcurrir por lo menos cinco meses después de la fractura para intervenir y otros no hacen la intervención hasta que el quiste no esté estabilizado, es decir, el momento en que el polo que mira a la diáfisis en la radiografía se nos aparece con un trazo neto, oscuro, de aspecto de fondo de botella.

Hemos tenido oportunidad de tratar quirúrgicamente ocho de los catorce casos que hemos visto en los últimos siete años y seguir dos de ellos por más de seis años; los dos últimos casos tienen menos de un año de operados.



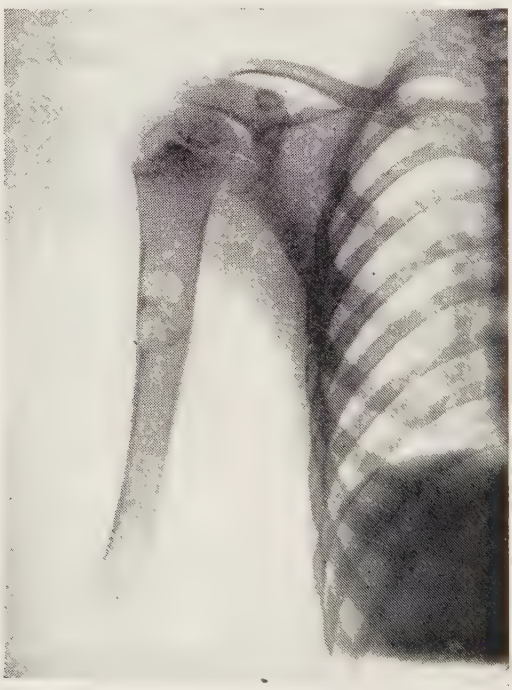
Caso 1. Rad. 1.

La historia de estos enfermos operados es como sigue: el primero fué visto en nuestra consulta privada en el año cuarentidós; se trataba del hijo de un compañero de nuestra mayor estimación, de cuatro años de edad, que en la noche anterior había sufrido un pequeño trauma y se quejaba de dolor a nivel del tercio superior del brazo derecho, por lo que el padre decide hacerle radiografía caso 1, rad. 1), en la que puede apre-



Caso 1. Rad. 2.

ciarse quiste del tercio superior del húmero, cuya cortical externa está rota; nos encontramos ante el caso frecuente de ponerse en evidencia el quiste después de un trauma pequeño.



Caso 1. Rad. 3.

Inmovilizamos en una espica de hombro e indicamos radiografías de otros hueson que resultaron normales, química sanguínea también normal y Kahn negativo.

Caso 1. Rad. 4.

A instancias de su padre y con nuestra mayor complacencia referimos el caso a nuestro distinguido compañero el Profesor Inclán, quien ratifica el diagnóstico y nuestra indicación de terapia profunda, que es aplicada en La Habana por el Dr. Fariñas, a través de una ventana practicada en el yeso que le habíamos puesto, ignorando la dosis que le dieron, como que la radiografía practicada dos meses después (caso 1, rad. 2) y las practicadas a los seis meses (caso 1, rad. 3), acusaban engrosamiento de la cortical y a la vez parecía estabilizado el quiste, y seguido posteriormente (caso 1, rads. 4 y 5), no muestra señales de actividad y por el contrario parece iniciarse un proceso de reconstrucción, hemos creído prudente no intervenirlo.

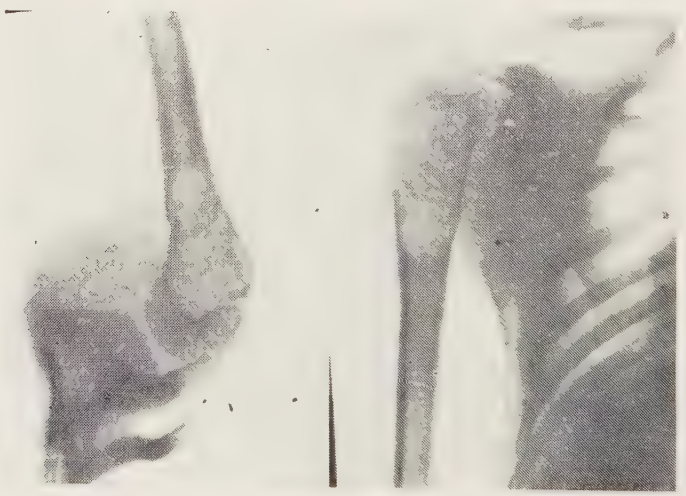
El segundo caso fué examinado en mayo de mil novecientos cuarentitrés, referido a nosotros por el compañero Bruno Carbonell, del Hospital Infantil, de esta ciudad, por haber sufrido fractura a nivel del tercio superior del húmero derecho, donde existe un quiste (caso 2, rad. 1). Se trataba de un menor de seis años de edad, de raza blanca, al que hicimos

Caso 1. Rad. 5.

radiografías de otros huesos que resultaron normales, química sanguínea normal y Kahn negativo.

Mantenemos la espica que le había puesto el compañero Carbonell por seis meses, haciendo radiografías durante ese tiempo que nos muestran consolidación de la fractura y persistencia del quiste (caso 2, rads. 1, 2, 3 y 4).

En enero del cuarenticuatro indicamos terapia profunda, que es aplicada por el compañero Blanc Corbin, hasta llegar a ochocientas r., divididas en diez sesiones.

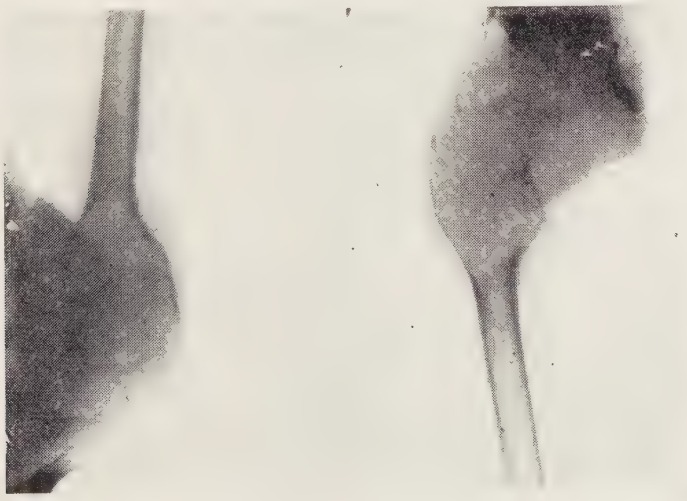


Caso 2. Rad. 1.

Caso 2. Rad. 2.

Las radiografías hechas en marzo (caso 2, rads. 5 y 6), nos muestran un aumento desmesurado del quiste y adelgazamiento de las paredes, con deformidad del húmero, cuyo eje forma un ángulo muy pronunciado con el del núcleo cefálico. En este momento la impresión radiográfica es de un tumor de células gigantes.

En vista del curso desfavorable que tomaba este caso, decidimos intervenirlo, pero por razones ajenas a nuestra voluntad, no pudimos hacerlo hasta el mes de junio, haciendo vaciamiento del quiste y relleno



Caso 2. Rad. 3.

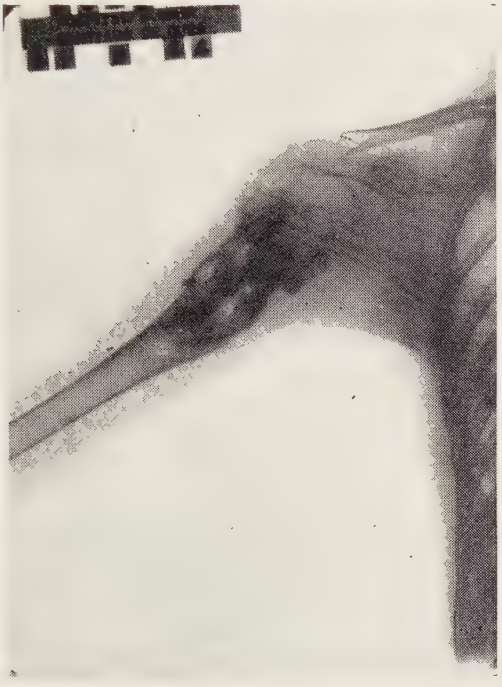
Caso 2. Rad. 4.

Caso 2. Rad. 5.

de la cavidad con fragmentos pequeños tomados de la tibia de la madre, no haciéndolo del propio enfermo por su estado precario.

El informe del Anátomo Patólogo, Dr. Aguilar, nos ratifica el diagnóstico de osteitis fibrosa quística localizada.

Mantuvimos el miembro en una espica de hombro por unos seis meses y las radiografías practicadas durante ese tiempo y posteriormente (caso 2, rads. 7, 8 y 9), nos mostraban que los injertos habían prendido



Caso 2. Rad. 6.

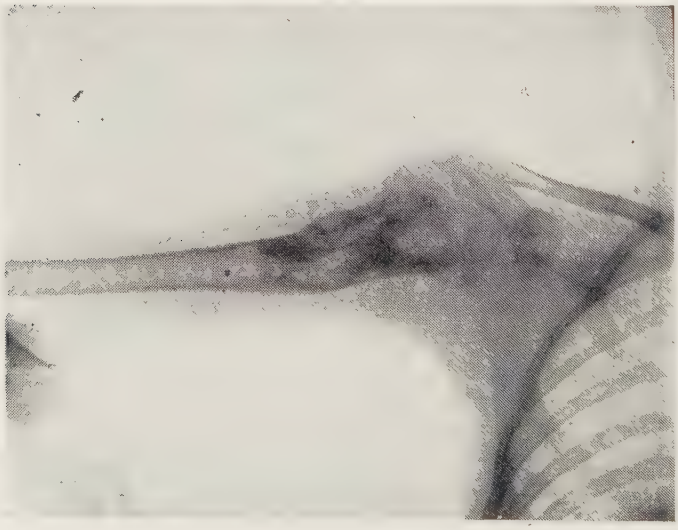
y que la cavidad quística había desaparecido, pero después de dos años y medio de la intervención (caso 2, rad. 10)., la cavidad ha reaparecido y ha aumentado de tamaño posteriormente, por lo que hemos planteado la necesidad de nueva intervención.

Este caso para nosotros resulta de una gran enseñanza, pues viene a corroborar lo que decíamos al principio de este trabajo, que aun el mejor de los tratamientos que es el injerto, fracasa en ocasiones y que no deben

Caso 2. Rad. 7.

darse por curados casos operados hasta que no haya transcurrido un buen lapso de tiempo, pues en este enfermo la cavidad se ha reproducido después de dos años de operado.

Es de señalarse que la química sanguínea hecha dos años y medio

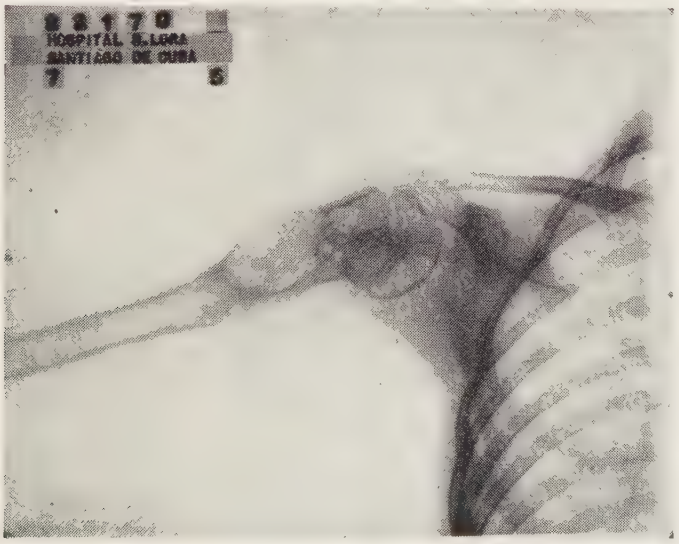


Caso 2. Rad. 8.

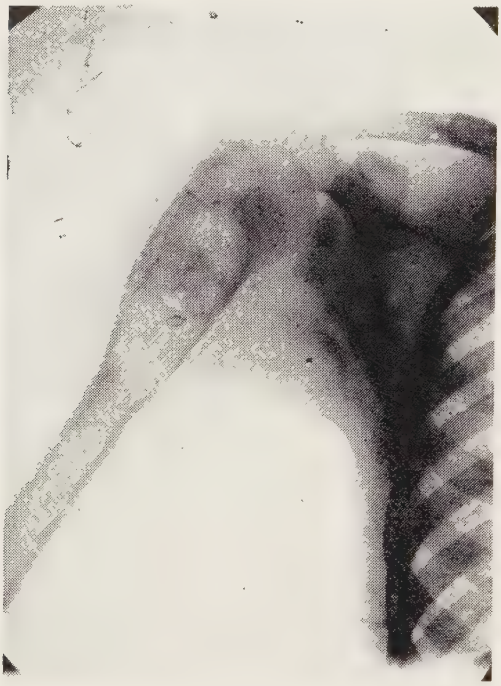
Caso 2. Rad. 9.

después de la intervención, cuando se había reproducido el quiste, ha seguido siendo normal.

Nuestro tercer caso es R. C., cubano, negro, de 14 años de edad. Nos fué referido por un compañero por haber sufrido un trauma de hombro y la radiografía practicada nos muestra un quiste del tercio superior



Caso 2. Rad. 10.

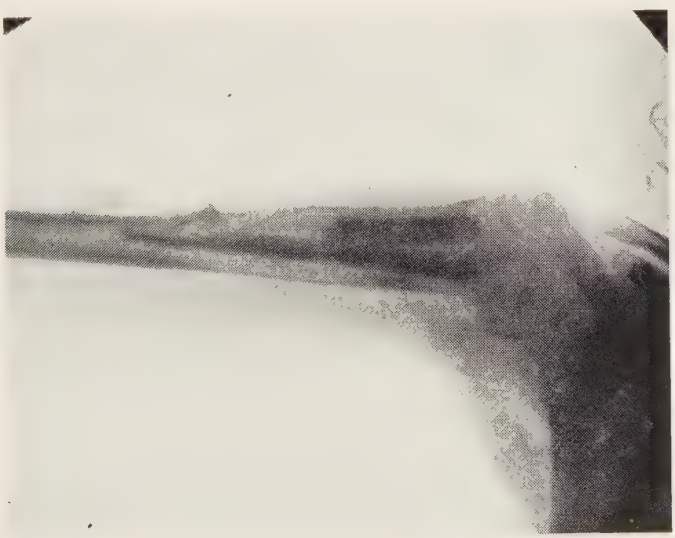


Caso 3. Rad. 1.

Caso 3. Rad. 2.

Caso 4. Rad. 1.

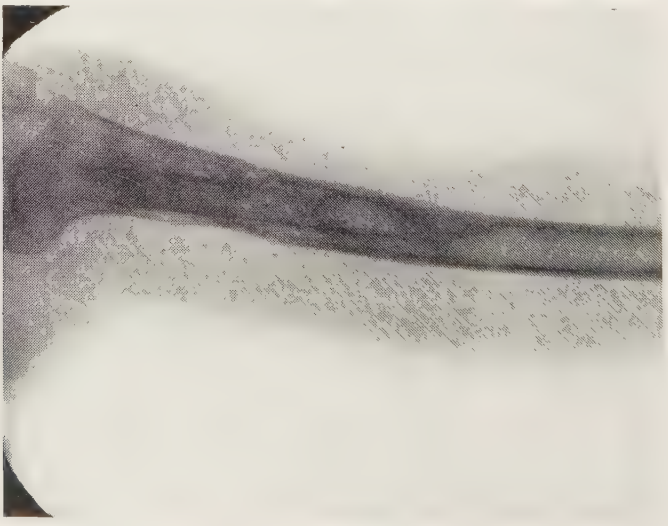
de la diáfisis humeral (caso 3, rad. 1). Hacemos radiografías de otros huesos que resultan normales, química sanguínea normal y Kahn negativo. Inmovilizamos en una espica de hombro por unas semanas.



Caso 4. Rad. 2.

Caso 4. Rad. 3.

Transcurridos tres meses del trauma y persistiendo el quiste en la misma forma, decidimos intervenirlo, lo que hacemos bajo anestesia general auxiliados por los compañeros Morán y Lageyre. Hacemos vaciamiento del quiste, resección de pared y relleno de lo que restaba de cavidad con injertos pequeños tomados de la tibia y mantenemos la espica de yeso.

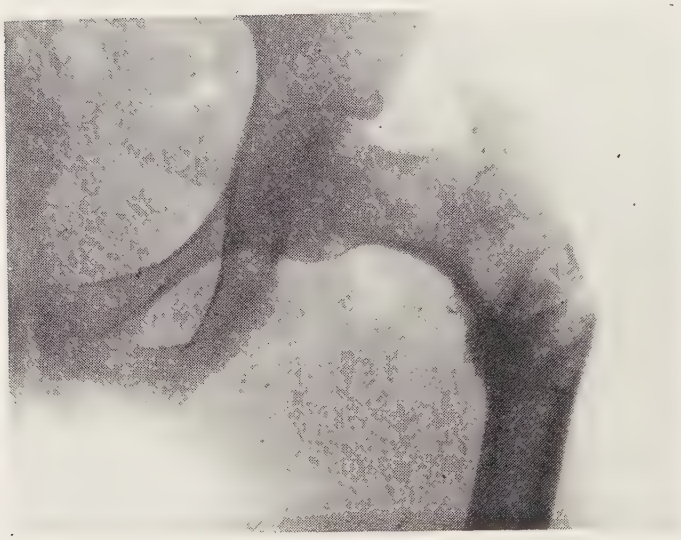


Caso 4. Rad. 4.

Caso 4. Rad. 5.

La radiografía tomada tres meses después (caso 3, rad 2), acusa relleno de la cavidad y buena posición de los injertos y los fragmentos. La placa tomada al año de la intervención nos muestra desaparición del quiste.

Caso 4. Rad. 6.

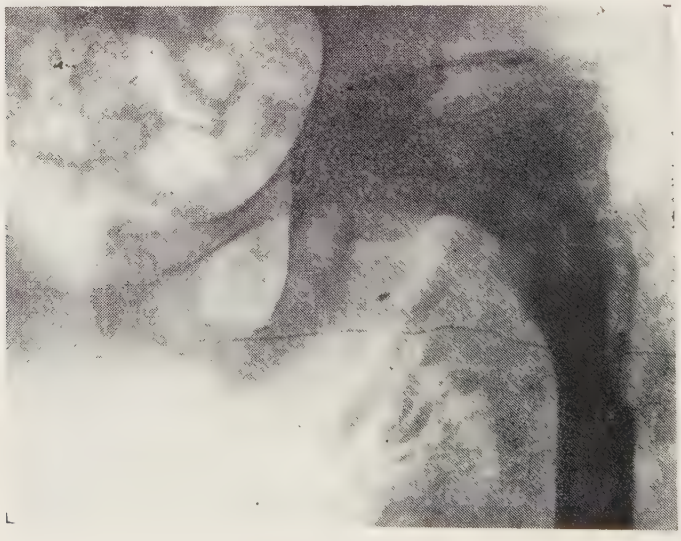


Caso 5. Rad. 1.

Tanto desde el punto de vista clínico como radiográfico, este caso ha sido un éxito, al año de intervenido.

El cuarto caso operado fué visto en agosto del cuarentiséis; R. Q., cubana, mestiza, 16 años, vecina de Caney, es vista por nosotros por haber sufrido un trauma de miembro superior derecho.

La radiografía nos muestra un quiste voluminado, que se extendía desde el cartílago de crecimiento en su epífisis hasta ocupar dos tercios



Caso 5. Rad. 2.

Caso 6. Rad. 1.

Caso 6. Rad. 2.

de la diáfisis humeral, con fractura a nivel de la parte media del quiste caso 4, rad. 1).

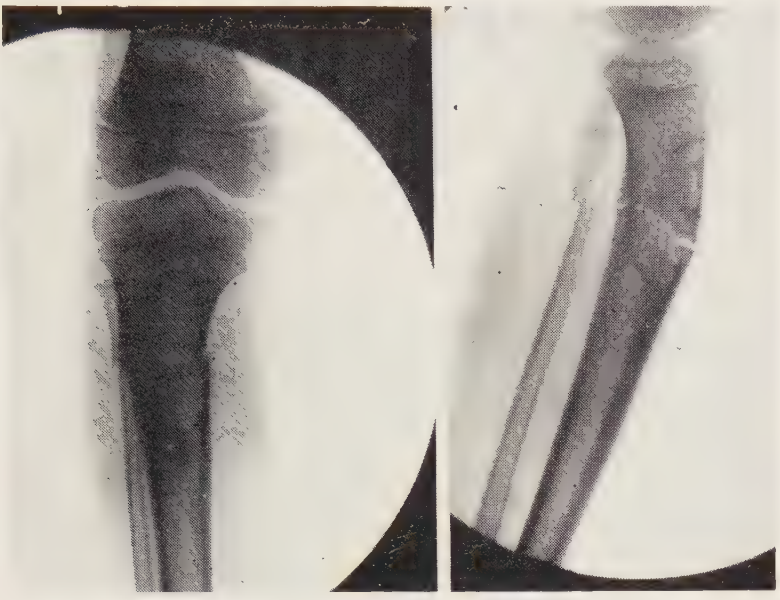
Dos semanas después la intervinimos, bajo anestesia general, hacemos vaciamiento del quiste, resección de parte de la pared del quiste, curetaje y empotramiento, por así decirlo, de un injerto grande tomado de la diáfisis tibial con la sierra, en la medular diafisaria y a la vez lo fijamos en el casquete cefálico. Ponemos espica de hombro en abducción que mantenemos por seis meses, haciéndole radiografías periódicamente

Caso 6. Rad. 3.

(caso 4, rads. 2 y 3), a los siete meses practicamos nuevas placas (caso 4, rad 4), y a los dos años y medio, nos muestra reintegración de todo el húmero (caso 4, rad. 5).

Este caso, hasta ahora podemos considerarlo como un éxito, desde el punto de vista clínico y radiográfico.

El quinto caso intervenido es como sigue: E. M., cubana, negra, soltera, de 21 años de edad, ingresa en el Servicio de Mujeres del Hospital S. Lora, en mayo del cuarentisiete, por referir dolor a nivel del tercio superior del muslo izquierdo.



Caso 7. Rad. 1.

Al examen presenta deformidad a ese nivel y claudicación del miembro inferior referido muy manifiesta. La radiografía nos pone en evi-

Caso 7. Rad. 2.

dencia un voluminoso quiste a nivel del trocánter mayor y fractura de la cortical externa, que da lugar a coxa-vara (caso 5, rad. 1).

Procedemos a intervenirla, tomando un injerto grande de la tibia con la sierra eléctrica (caso 5, rad. 2). Esta enferma, después de ser dada de alta en vías de curación del Hospital, con una espica de cadera no nos fué posible localizarla posteriormente.

Caso 7. Rad. 3.

El sexto caso operado fué en junio siete del cuarentisiete: E. F., Cuba, bl. f., 7 años de edad, vecina de esta ciudad. fué ingresada en nuestro Servicio del Hospital S. Lora, por haber sufrido un trauma del miembro inferior izquierdo y al hacerle radiografías encontramos un voluminoso quiste en el tercio superior del fémur que adelgaza la cortical femoral extraordinariamente, con linea de fractura que interesa ambas corticales y arranca el trocánter menor (caso 6, rad. 1). Ponemos tracción continua y mantenemos este tratamiento por seis semanas pasándola después, por cuatro semanas a una espica de yeso.

A los tres meses le intervinimos haciendo resección de la pared anterior y externa del quiste, cureteamos la cavidad e introdujimos un fragmento tomado de la tibia del mismo lado con la sierra eléctrica; la radiografía tomada seis meses después (caso 6, rad. 2), nos muestra relleno casi total de la cavidad quística, y la obtenida en marzo 15 del año en curso, dos años casi después de la intervención, acusa regeneración del tejido óseo y reintegración de las corticales, que ya aparecen engrosadas (caso 6, rad. 3).

Caso 7. Rad. 4.

En mayo del cuarentiocho examinamos en nuestro Gabinete a la menor E. F., cubana, blanca, de 11 años de edad, vecina de Baracoa, la que en junio del cuarentisiete había sufrido un trauma de su pierna izquierda y al hacerle placa encontraron que tenía un quiste a nivel de la epífisis tibial superior, donde había sufrido una fractura transversal. Enviadas esas placas desde Baracoa al Dr. Sánchez Toledo, en consulta, indicó la necesidad de intervenirla, pero esa intervención no se realizó, (caso 7, rad. 1), después de ocho meses se le hicieron nuevas placas, y se comprobó consolidación de la fractura pero persistencia del quiste, como ocurre frecuentemente en estos casos, (caso 7, rad. 2). En octubre del cuarentiocho le intervenimos, haciendo vaciamiento del quiste y relleno de la cavidad con fragmentos tomados del tercio medio de la propia tibia, (caso 7, núm. 3). Es vista nuevamente en marzo del cuaren-

tinueve y la radiografía hecha en esa fecha, (caso7, rad. 4), acusa la existencia de tejido de regeneración y persistencia de una pequeña cavidad en la parte superior y externa, que esperamos se rellene en breve plazo, con la evolución favorable de este caso.

El último caso operado es de un menor de once años de edad que presenta un quiste del tercio superior del húmero izquierdo, pero ha transcurrido tan poco tiempo de la intervención que aún no podemos sacar conclusiones de la evolución que ha de seguir.

RESUMEN

Se hace una revisión de la "Osteitis fibrosa quística localizada" y se presentan radiografías de ocho casos operados de los catorce vistos en los últimos siete años, consistiendo la intervención en vaciamiento del quiste, curetaje y relleno de la cavidad con injertos óseos al que se estima el mejor tratamiento de los propuestos para esta afección, aún cuando en un pequeño tanto por ciento recidiva el quiste, como pasó en uno de los enfermos intervenidos en el que después de una reintegración perfecta se produjo el quiste nuevamente al cabo de dos años.

SUMMARY

A review is made of the "Osteites Fibrosa Cystica" and X rays are presented of eight cases of the fourteen examined during the last seven years, the intervention consistting in emptying cyst curettage, and fillintg of the cavity with bone grafts, which is estimated the best treatment cyst recurred, such as happened with one of the operated patients to whom after a perfect restitution the cyst reproduced itself at the end of two years.

Literatura Extranjera

Dres. Thomas L. Delorme, Robert Schwab y Arthur L. Watkins, de Boston. "La respuesta del músculo cuadriceps femoral a los ejercicios de resistencia progresiva en pacientes poliomielíticos". *The Journal of Bone and Joint Surgery*. Vol. 30-A Nº 4, octubre, 1948. U.S.A.

La respuesta al ejercicio de progresiva *resistencia* de los músculos debilitados poliomielíticos, han sido estudiados en 27 pacientes, escogiendo el músculo cuadriceps femoral.

Por medio de aparatos de resistencia con pesos para cargar en los miembros y otras veces, atando el miembro a cuerdas donde penden pesos en distintas posiciones, se va ejercitando el músculo cuadriceps y haciendo un chequeo de su poder y mejoría por distintos aparatos que dan la gráfica del cansancio y fatiga en el momento preciso.

Las conclusiones a que llegan dichos autores son: Por la calidad y cantidad de las pruebas presentadas en estos estudios, se evidencia lia hipótesis, de que la secuela de Poliomielitis anterior deja un remanente de inervación muscular que responde a los ejercicios de *resistencia progresiva* por un aumento en la fuerza y capacidad para el trabajo tanto o más que el mismo *músculo* normal.

Comentario.—Trabajo ilustrado con aparatos de resistencia a los movimientos, para el músculo cuadriceps.

Gráficas del aparato llamado ergographic para medir la fuerza y el grado de fatiga del músculo. El estudio de la electromiografía, etc., lo hacen interesante y práctico en el tratamiento de estos casos de poliomielitis.

Dr. A. Barba Inclán

◆

Dr. Walter C. Graham, Santa Bárbara, California y Daniel C. Riordan, New York. "Reconstrucción de la articulación metacarpo falángica con trasplante de hueso metatarsiano". *The Journal of Bone and Joint Surgery*. Octubre de 1948. Vol. 30-A, Nº 4. U.S.A.

Algunos pacientes pueden sufrir pérdida de hueso en sus metacarpianos como resultado de lesiones traumáticas, enfermedades y hasta invasión neoplásica. Todo o parte de una cabeza metacarpiana puede ser destruída por la pérdida sustituída por trasplante del hueso metatarsiano 4º y 5º de cualquiera de los pies.

Las conclusiones a que llegan estos autores en su trabajo son:

1º Es necesario una completa exéresis de todo tejido cicatricial en el sitio en que se va a recibir un trasplante.

2º Conviene restablecer el control intrínseco muscular, entre la parte próxima y distal de las articulaciones de los dedos de la mano.

3º Para prevenir la subluxación anterior en la articulación metacarpo-falángica, debe reconstruirse el mecanismo extensor del dedo y proteger por un tiempo con férulas en extensión la posición, inmovilizando tres semanas.

COMENTARIO.—Cinco casos muy bien ilustrados nos presentan los autores de reconstrucción de los metacarpianos con pérdida de sustancia por medio del trasplante de metatarsianos 4º ó 5º generalmente a veces en su casi totalidad. No han tenido trastornos de importancia en los pies por la excéresis del metatarsiano 4º ó 5º. La fijación la realizan por medio de alambres de Kirschner intramedular u oblicuos. La preparación de la piel resecando escaras y tejidos cicatriciales, con injertos de piel y reconstrucción del aparato músculo-tendinoso, es imprescindible al éxito de los trasplantes óseos.

DR. A. BARBA INCLÁN

◆

Dr. Wendel J. Newcomb, Pensacola y Dr. Ernest A. Brav, Louisville. "Dislocación completa del talón". *Journal of Bone and Joint Surgery*. Octubre de 1948. Vol. Nº 30-A, Nº 4. U.S.A.

Los autores reportan un caso clínico de dislocación completa del hueso calcáneo sin fractura, que resulta raro su hallazgo en la práctica y obliga a pronta intervención reductora, para prevenir la necrosis aséptica de dicho hueso, por falta de revascularización.

Un hombre de 45 años sufre accidente en un vehículo, recibiendo contusiones occipital y la luxación completa del calcáneo que rotó 90° sobre ambos ejes, según placa que ilustra. A la hora y media ya estaba en tratamiento. Anestesia raquídea, tracción con alambre de Kirschner por el calcáneo y contratracción por medio de clavo de Steinman en la tibia. Se necesito mucha tracción para lograr la reducción, inmovilizando con yeso y retirando los clavos después. A la semana apareció una escara en el dorso del pie que obligó al parecer a cambiar el enyesado que se mantuvo cuatro semanas más.

A los seis meses de la reducción no se evidencia necrosis aséptica alguna y el resultado *funcional* es bueno.

COMENTARIO.—Siempre hemos sido partidarios en caso de luxación de cualquier hueso, de la intervención urgente, con anestesia, de buena relajación. Este caso de luxación del calcáneo prueba, que su rápida reducción a la hora del traumatismo, lo salvó de una secuela tan grave como es la necrosis aséptica, por falta de vascularización.

DR. A. BARBA INCLÁN

Profesor Jacques Leveuf, París, Francia. "Resultados de la reducción abierta en la verdadera luxación congénita de la cadera. *The Journal of Bone and Joint Surgery*. Octubre de 1948. Vol. 30-A, Nº 4. U.S.A.

El autor comienza por distinguir la verdadera luxación congénita (cadera) con tejido blando interpuesto de la subluxación primitiva que nunca tiene el tejido fibroso o blando interpuesto. Este diagnóstico se establece por la Artrografía con sustancia de contraste y prueba que de 36 reducciones cerradas o manuales la artrografía probó y demostró 4 reducciones anatómicas perfectas y 32 fallos.

Sin embargo en el tipo de subluxación y antes de los tres años, la reducción cerrada dió la mitad de éxito de los casos tratados.

La operación que se realizó con estos casos por la vía transtrocantérea de Ollier y mejorada por la técnica de Leveuf y Bertrand, fué empleada desde 1941 hasta 1947. El récord de 318 operaciones consistente en 119 reducciones abiertas primarias, 91 reducciones abiertas con acortamiento del fémur y 103 reducciones abiertas pero secundarias a reluxaciones o después del fallo del tratamiento manual cerrado. De estos casos 5 murieron, un 1.57%.

En el primer grupo hubo un resultado bueno en 81.9%. En el segundo grupo el resultado bueno fué en el 77%. En el tercer grupo sólo 51.9% de buen resultado. Cuando se hace la reducción abierta con acortamiento del fémur, usa un método propio con enclavijamiento intramedular del mismo.

COMENTARIO. — Profesor Leveuf, gloria de la cirugía ortopédica francesa que murió siete meses después de leído este monumental trabajo en el meeting de la Academia Americana de Cirujanos Ortopédicos en Chicago, nos deja su gran experiencia de operar primariamente toda luxación congénita verdadera según demuestre la artrografía.

DR. A. BARBA INCLÁN

◆

Dr. James W. Toumey, Boston. "Ocurrencia y manejo del reflejo distrófico simpático (Causalgia de las extremidades)". *The Journal of Bone and Joint Surgery*. Vol. 30-A, Nº 4. Octubre 1948. U.S.A.

El reflejo distrófico simpático es un disturbio del sistema nervioso simpático caracterizado por dolor y fenómenos simpáticos, que siguen a un traumatismo más o menos intenso.

En 31 casos de este tipo de paciente que ya hemos definido fueron tratados por simpatectomía en la Clínica de Lahey en Boston, de julio de 1944 a julio de 1947. La proporción del período postoperatorio seguido en estos casos es de 19 meses. Fracturas y esguinces fueron las causas incidentales en una mitad de los casos. El cuadro clínico de estos fenómenos simpáticos en los miembros son: Frialdad, cambios de color

en la piel, trastornos en la sensibilidad, inflamación y atrofia de la piel y de los huesos.

El bloqueo del simpático con solución de novocaína alivia el dolor y mejora toda esta sintomatología simpática. Cuando se obtiene este resultado inmediato con el bloqueo se debe operar haciendo simpatectomía de los ganglios y simpáticos correspondientes al miembro en la columna vertebral. Pudiendo regresar el dolor en los dos tercios de los casos tratados.

En las artritis crónicas muy dolorosas debe añadir a la simpatectomía ganglionar correspondiente, la artrodesis quirúrgica articular.

En los casos de mejores resultados archivados, fueron, aquellos jóvenes de corto tiempo de reflejo instalado.

Cuando la prueba del bloqueo con procaina es pobre la simpatectomía será también pobre en resultados.

COMENTARIO.—El autor pone la prevención de este síndrome, por reflejo distrófico simpático en manos del Traumatólogo, que debe evitarlo con tratamiento correcto desde su inicio, pensando siempre en su aparición para conjurarlo.

DR. A. BARBA INCLÁN

◆

Dra. Mary S. Sherman, Chicago. "Los estrógenos y la formación de hueso en mujeres". *The Journal of Bone and Joint Surgery*. Octubre de 1948. Vol. 30-A, Nº 4. U.S.A.

El sumario de este trabajo nos presenta un caso clínico muy interesante; en mujer de 58 años de edad muchos de cuyos huesos están atacados de enfermedad de Paget, unida por otra parte a trastornos también esqueléticos de osteoporosis postmenopáusica; donde pudo comprobarse gracias a la biopsia de costillas, tibias y cráneo.

La terapia con estrógenos al principio, provocó una exacerbación de los síntomas dolorosos, para después de mantenida de una manera constante por dos años, remitir los síntomas y reconstruir la trabécula ósea.

Dosis diaria de Benzoato de estradiol a razón de 2,000 a 10,000 unidades ratas y Gluconato de calcio y Vitamina D por mucho tiempo mantenida.

COMENTARIO.—Por este caso tan ampliamente estudiado, nos damos cuenta de la influencia de las glándulas internas, en todos los fenómenos óseos de la edad madura, ya sean osteoporóticos o neformativos como el Paget.

Los estrógenos a dosis valientes deben emplearse, como en el caso precedente, que fué un éxito.

DR. A. BARBA INCLÁN

PENICILINA

CRISTALIZADA

GLAXO

POTENCIAS

1.000,000 U. I.
500,000 U. I.
200,000 U. I.
100,000 U. I.

DOSIS MASIVAS

EFECTOS BACTERICIDAS

LA PENICILINA CRISTALIZADA GLAXO CONTIENE MAS DE 90% DE PENICILINA "G" PURA Y UNA POTENCIA MAYOR DE 1600 UNIDADES POR MILIGRAMO.

EXTRACTO DE HIGADO

PURIFICADO LEX

1 cc. = 15 Unidades (F. E. U.)

USO INTRAMUSCULAR

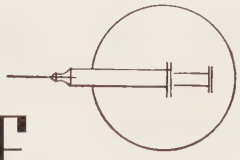
Este producto se encuentra estandarizado fisiológicamente y aceptado por el Comité de Anemia Perniciosa de Wáshington, D.C. Cada cc. representa 15 Unidades Anti-anémicas Inyectables de acuerdo con los requisitos exigidos por la Farmacopea de los Estados Unidos, Ed. XI.

Envases: Caja de 3 frs. de 1 cc.
Frasco de 5 cc. = 75 U. (F.E.U.)
" " 10 cc. = 150 U. (F.E.U.)

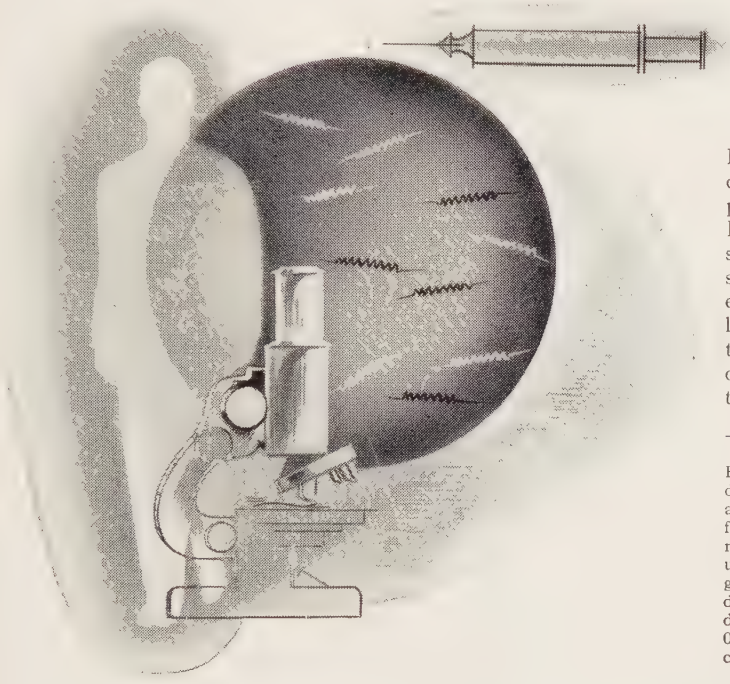
NOMBRE	COMPOSICION	INDICACIONES	DOSIS
Complejo de Vitamina B	Cada cucharadita (5 cc. = B1 2.25 mgs. (750 U.I.) B2 900 Gms. (360 U.B.S.) B6 30 U. Ratas diarias. Acido Nicotínico 15 mgs. F.F. 30 U. Ratas diarias. Obtenido directamente del hígado fresco de res.	Estimula apetito y desarrollo. Hipermetabolismo, mantiene el equilibrio en las dietas deficientes; diabetes, neuritis, hepatitis, colitis, cuadro pre y post-operatorio. En general en deficiencias de factores del Complejo B, anemias, pelagra, Sprue, embarazo, lactancia, etcétera.	Profiláctica Niños: 1 cucharadita diaria. Adultos: 2 cucharaditas diarias. Terapéutica Niños: 2 cucharaditas diarias. Adultos: 2 cucharaditas diarias.
VIMIL GOTAS Vitaminas A y D	Cada gota: 2.800 U.I. Vitamina A y 400 U.I. Vitamina D.	Raquitismo, crecimiento. Hemeralopía. Xeroftalmía. Infecciones de las mucosas. Osteomalacia. Caries dentales. Durante el embarazo y lactancia.	Bebés: 1 gota 3 veces al día. Niños: 2 gotas 3 veces al día. Adultos: 2 a 4 gotas 2 veces al día.
BEUNIL Vitamina B1 Parenteral	Frs. 5 cc. 1 cc.=100 mgs. (30.000 U.I.) " 5 cc. 1 cc.= 75 " (22,500 U.I.) " 5 cc. 1 cc.= 25 " (7,500 U.I.) " 10 cc. 1 cc.= 10 " (3,000 U.I.) C. x 5 âmp. 1 cc.=100 " (30.000 U.I.) " 5 âmp. 1 cc.= 75 " (22,500 U.I.) " 5 âmp. 1 cc.= 10 " (3,000 U.I.) " 5 âmp. 1 cc.= 2 " (600 U.I.)	Trastornos del sistema nervioso, neuritis, neuralgias, polineuritis, beri-beri. Neuritis alcohólica. Neuritis por exceso arsenical o saturnino. Pérdidas excesivas de peso y apetito. Durante crecimiento de los niños. En la convalecencia de anemias, tuberculosis, tifoidea, trastornos gastro-intestinales, diarreas, estreñimiento, úlceras, etc. Durante el embarazo y lactancia. Alteraciones del metabolismo de los hidratos de carbono (diabetes y otros).	La dosis varía de acuerdo con las necesidades en cada caso de 600 U.I. hasta 30.000 U.I. por día.

LABORATORIOS LEX, S. A.
APARTADO 91 HABANA, CUBA

MAFARSIDE



La ultramicroscopia revela la presencia del tenue y ondulante Treponema pallidum para establecer el diagnóstico de la sífilis. El pronóstico puede ser muy incierto si el paciente no recibe una terapéutica adecuada. El Mafarside es una preparación arsenical digna de confianza y eficaz como lo prueba la experiencia clínica adquirida con la administración de millones de dosis durante años.



El Mafarside es otra de la larga lista de preparaciones de Parke-Davis cuyos servicios a la Profesión Médica crearon el significativo símbolo de confianza en la terapéutica médica que identifica a nuestros productos.

El Mafarside (clorhidrato del óxido de meta-amino - para - hidroxi-fenilarsina) se suministra en ampolletas de una sola dosis de 0.04 gm. ó 0.06 gm., cajas de 10, y en ampolletas de dosis múltiple, de 0.60 gm., para hospitales; cajas de 10.

PARKE, DAVIS & COMPAÑÍA

MEDICAMENTA VERA · P & CO.

Estimado Doctor:

Si su cliente necesita un buen tónico y reconstituyente, tenga presente nuestro:

FOSCOBIN

ELIXIR VITAMINICO DE COMPLEJO B
CON GLICEROFOSFATOS

CONTIENE:

Clorhidrato de Tiamina (Vitamina B_1)
Riboflavina (Vitamina B_2 ó G)
Clorhidrato de Piridoxina (Vitamina B_6)
Acido Nicotínico Amida (Niacinamida)
Glicerofosfato de Calcia
Glicerofosfato de Potasio
Glicerofosfato de Manganeso
Glicerofosfato de Sodio
Vino Moscatel
Elixir Simple F.E.U.
Alcohol
Agua Destilada

DOSIS:

Para Adultos: Una cucharadita (15 c.c.) tres veces al día, antes de las comidas o según lo indique el médico.

PREPARADO POR EL LABORATORIO DE LA

DROGUERIA DE JOHNSON

HABANA

Emilio P. Muñoz

APARATISTA ORTOPEDICO

CON MAS DE 25 AÑOS DE EXPERIENCIA EN LA CONSTRUCCION DE TODA CLASE DE APARATOS DESTINADOS A LA CORRECCION DE DEFORMIDADES

●

BRAGUEROS Y FAJAS PARA

HERNIAS Y PTOSIS VISCERALES

●

San Lázaro Nº 656 Teléfono U-6400

HABANA

Ceviac OBER

El CEVIAC se ofrece a la profesión médica en cinco formas:

CEVIAC ORAL
(Caja de 6 tubos de 5 c.c.)

Cada tubo contiene 500 mg. (10,000 U.I.) de ácido cevitámico.

AMPULAS CEVIAC 500
(Caja de 3 ámpulas de 1 c.c.)

Cada ámpula de 5 c.c. contiene 500 mg. (10,000 U.I.) de ácido cevitámico.

AMPULAS CEVIAC 100
(Caja de 6 ámpulas de 1 c.c.)

Cada ámpula de 1 c.c. contiene 100 mg. (2,000 U.I.) de ácido cevitámico.

TABLETAS CEVIAC 100
(Frasco de 40 tabletas)

Cada tableta contiene 100 mg. (2,000 U.I.) de ácido cevitámico.

TABLETAS CEVIAC 25
(Frasco de 50 tabletas)

Cada tableta contiene 25 mg. (500 U.I.) de ácido cevitámico.

●

LABORATORIOS GARRIDO Y CIA.

VEDADO — HABANA

J. Méndez

ZAPATERO ORTOPEDICO

SE HACE CALZADO SOLAMENTE

POR INDICACION FACULTATIVA

AMISTAD 179. ENTRE CONCORDIA Y NEPTUNO
HABANA

FOTOGRABADOS

PEREZ

LINEA, MEDIO TONO
Y COLORES DE CALIDAD

◆

OBRAPIA Nº 414
ENTRE COMPOSTELA Y AGUACATE

TELEFONO M-7161
HABANA

Siempre tenemos los mejores libros para el especialista:

Fracturas, Luxaciones y Esguinces (Key-Conwell) 2 tomos	$25.00	*Operative Orthopedics* (Campbell)	$38.00
Tratamiento de las Fracturas. Sanz-Ramos	14.00	*Fractures, Dislocations and Sprains* Key-Conwell)	19.50
Bone and Bones (Weinmann)	13.00	*Fractures of the Jaw and other Facial Bones* (Major)	11.00
Traumatic Surgery of the Jaws (Thomas)	9.00	*Handbook of Fractures* (Eve)	6.50
Synopsis Traumatic Injuries	6.50	*Handbook Orthopedic Surgery*	8.00

EDITORIAL GONZALEZ PORTO OBISPO 409 - M-1205 LA HABANA

CORTESIA

DE LOS

Laboratorios Veter, S. A.

◆

SAN NICOLAS Nº 103
HABANA

TELEFONO A-3303

LABORATORIOS

BARRERAS-INCLAN

DR. LUIS BARRERAS
MUNICIPAL DE INFANCIA
HEMATOLOGO DEL HOSPITAL

DR. AURELIO INCLAN
JEFE DEL LABORATORIO CLINICO
DEL HOSPITAL "AMERICA ARIAS"

TODA CLASE DE ANALISIS CLINICOS Y
TRANSFUSIONES REALIZADAS PERSONALMENTE
A CUALQUIER HORA DEL DIA O DE LA NOCHE

CALLE 25 Nº 419
ESQUINA A J, VEDADO

TELFS. F-3162
B-2875
F1-2692

LABORATORIO

PRADO-MARTINEZ CRUZ

ANALISIS CLINICOS

INVESTIGACIONES BACTERIOLOGICAS
TRANSFUSIONES DE SANGRE

CALLE F Nº 609, ENTRE 25 Y 27
VEDADO, HABANA

TELEFONO F-7766

DR. E. GARCIA PEREZ

MEDICO CIRUJANO

TRANSFUSIONISTA DEL HOSPITAL MUNICIPAL DE INFANCIA

LABORATORIO
EXCLUSIVAMENTE

TRABAJOS PERSONALMENTE REALIZADOS
ANALISIS E INVESTIGACIONES CLINICAS

Transfusiones sanguíneas; EN ESPECIAL A NIÑOS

ANIMAS Nº 661
(Lealtad y Escobar)

TELEFONOS: M-6231
A-6231

OSCAR J. ANGULO

EQUIPOS DE HOSPITALES

NEPTUNO No. 565
HABANA

TELFS. U-4371
U-6300

En la casa...
En la oficina...
En todas partes...

Tenga siempre una reserva de

O.K.

Gomez Plata

Adquiera el

EMPAQUE DEL HOGAR

12 comprimidos por 25 cts.

¡COMODO!.. ¡MANUABLE!.. ¡ECONOMICO!..

LABORATORIOS "CHEDIAK"

DR. MOISES CHEDIAK DR. ALEJANDRO CHEDIAK

TODA CLASE DE INVESTIGACIONES REALIZADAS

PERSONALMENTE. — SERVICIO PERMANENTE

DE TRANSFUSIONES DE SANGRE Y PLASMA.

CALLE 23 Nº 654, VEDADO
ENTRE D Y E

TELFS. F-5533 - F-3405
HABANA

ZEFIRAN

(ALQUIL-DIMETIL-BENCIL-AMONIO)

El Zefirán es un desinfectante químico preparado sobre una base enteramente nueva.

No contiene fenol, cresol, mercurio ni otro metal pesado.

Se presenta en tres formas distintas:

Tintura (coloreada) de Zefirán al 1 x 1000

En un medio alcohol-acetona (50% de alcohol y 10% de acetona). Empleado en la antisepsia pre-operatoria de la piel y mucosas, y en las enfermedades parasitarias de la pie.

Se presenta en frascos de 4 y 8 onzas y 1 galón.

Solución acuosa incolora al 1 x 1000

Antiséptico y germicida para desinfección por lavados e irrigaciones en ginecología y cirugía.

Solución acuosa inoxidante al 1 x 1000

Para la conservación estéril del instrumental quirúrgico por un período prolongado.

PRESENTACION1

Frascos de 8 onzas y 1 galon

WINTROP PRODUCTS INC.

E. BARNET 855 — APARTADO 1142

HABANA

"Medicamentos preparados científicamente y dedicados al servicio del médico"

ESTOS NUMEROS LOS PUEDE ADQUIRIR EN LA ADMINISTRACION

Octubre, noviembre y diciembre	1936
Octubre, noviembre y diciembre	1937
Enero, febrero, marzo; octubre, noviembre y diciembre	1938
Enero, febrero, abril; julio a diciembre	1939
Enero, marzo, abril, junio, octubre y diciembre	1940
Octubre y diciembre; abril, julio, junio, septiembre	1941
Abril, junio, julio, diciembre	1942
Enero, junio	1943
Abril, mayo, julio, agosto, septiembre, octubre, noviembre, diciembre	1945
Enero, febrero, marzo, abril, mayo, junio, julio, agosto, septiembre, octubre, noviembre y diciembre	1946

DROGUERIA DANHAUSER

NEPTUNO Y PERSEVERANCIA

SURTIDO COMPLETO DE

DROGAS - PATENTES - PERFUMERIA

MENSAJEROS A TODAS PARTES DE LA CIUDAD

M-3202 – M-3203 – M-6600

Cortesía

Arrow Press Inc.

LAMPARILLA Y MERCADERES TEL. A-4629

"CALCIUM-SANDOZ"

SANDOZ

BASILEA [SUIZA]

2 NUEVOS DERIVADOS SEMISINTETICOS
DEL CORNEZUELO DE CENTENO

DIHIDROERGOTAMINA SANDOZ

(D.H.E. 45)

SIMPATICOLITICO SIN ACCION UTERINA

JAQUECAS - HEPUES ZOSTER

●

AMPULAS GOTAS

METHERGIN

HEMOSTATICO UTERINO DE ACCION INMEDIATA
Y DURADERA SIN ACCION SOBRE EL SISTEMA
NEURO-VEGETATIVO

AMPULAS GOTAS

MUESTRAS Y LITERATURA A DISPOSICION
DE LOS SEÑORES MEDICOS

●

OFICINA CIENTIFICA SANDOZ
AYESTARAN 240.-HABANA

REPRESENTANTE GENERAL: DR. E. MARQUEZ
AYESTARAN 238.-HABANA

DROGUERIA "SARRA"

LA MAYOR
(ESTABLECIDA EN 1853)

SUPERFICIE UTILIZADA:
MAS DE 40,000 M.²

55 VIDRIERAS EXTERIORES

46 EDIFICIOS

SIEMPRE ADELANTE

y al servicio de los señores Médicos, Dentistas y Veterinarios

LABORATORIO - FABRICA

de Productos Químicos y Farmacéuticos
EL MAYOR DE LA REPUBLICA

ESPECIALIDADES SARRA

Elaboradas con las materias primas de más alta calidad obtenible

UTILICENOS: SALDRA COMPLACIDISIMO

VISITENOS: LO SERVIREMOS GUSTOSOS

CATALOGOS — LISTAS — PROSPECTOS
MUESTRAS GRATIS

SIEMPRE A LA DISPOSICION DE LOS SEÑORES FACULTATIVOS